

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Publiées par

M. LANNOIS — P. SEBILEAU

H. BOURGEOIS — F.-J. COLLET — E. ESCAT

P. JACQUES — G. LAURENS

L. BALDENWECK — G. CANUYT — J. TERRACOL

RÉDACTEUR EN CHEF

A. HAUTANT

Avec la collaboration de

A. BLOCH — L. DUFOURMENTEL — M. JACOD

J. LE MÉE — A. MOULONGUET — J. RAMADIER

Tome XLIX — N° 4 — Avril 1930

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ECZÉDA

POMMADE POLYRÉDUCTRICE

Ne provoque jamais d'irritation

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS CUTANÉES

ECZÉMA des narines

IMPÉTIGO du nez

et du pavillon de l'oreille

ÉCHANTILLONS : Laboratoires GOBEY, 89, rue du Cherche-Midi — PARIS, V

E^{ts} G. DUFLLOT (Anc^{no} Maison LÉZY)
Constructeur

Métro : GLACIÈRE 17, Rue Maurice-Mayer - PARIS (13^e) Tél. : Gob. 07-48



Le COMBINOSTAT : Appareil universel du praticien pour : **CAUTÈRE, LUMIÈRE, MASSAGE, CHIRURGIE, AIR CHAUD, INSUFFLATION, ASPIRATION, GALVANIQUE** (sans pulsations), **FARADIQUE**, etc...

DIATHERMIE : " **UNIVERSEL STANDARD** " pour toutes applications en **DIATHERMIE** et **TENSION** ; donne l'étincelle et l'effluvation froides.

ULTRA-VIOLET : La lampe **L. D. G.** spécialement étudiée et conçue pour les applications locales et intra-cavitaires de l'ultra-violet en **O. R. L.**

Toutes notices et renseignements sur demande

A

ÉES

ARIS, Y

ÉZY)

07-63

du
RE,
UD,
VA-
tc...

EL
ions
onne

G.
les
de

nde

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ULCÈRE SCROFULEUX DE LA GORGE

Par P. JACQUES

Je suis presque tenté de m'excuser de revenir aujourd'hui sur un sujet que j'ai abordé plusieurs fois déjà ici même. Je ne puis le considérer pourtant comme épuisé, tant qu'il y subsistera quelque obscurité, tant que l'accord n'aura pas été réalisé sur ce point de la nosologie. Je serai, du reste, aussi bref que possible.

Précisons, si vous le voulez, la valeur des termes.

Notre collègue BREYRE, de la Société belge, me demandait l'an dernier si je faisais rentrer la tuberculose laryngée dans les tuberculoses chroniques de la gorge, curables par l'iode. Cela me prouve que le titre choisi pour ma précédente communication prêtait à l'ambiguïté. Prenant le vocable « Gorge » dans son acception familière de fond de la bouche, ou, plus scientifiquement, de région du pharynx et de l'isthme du gosier, j'excluais dans mon esprit les lésions bacillaires chroniques de l'organe vocal.

L'expression d'ulcère scrofuleux, que j'adopte aujourd'hui, en dépit de sa consonance vieillotte, me paraît le mieux appropriée à la manifestation que je veux décrire, et que des observateurs tels qu'ISAMBERT et MORELL-MACKENSIE avaient confondu avec le lupus ; tandis que l'École Lyonnaise n'y veut voir aujourd'hui qu'une simple modalité de la syphilis gommeuse. Peut-être le terme d'angine scrofuleuse ulcéreuse serait-il plus explicite encore.

Il s'agit, en effet, vous le savez, d'une inflammation destructive à début insidieux, à marche lente, à foyers le plus souvent multiples, développés dans les tonsilles et leur voisinage immédiat. Je n'en relaterai pas les caractères cliniques, tant subjectifs qu'objectifs : je l'ai fait assez dans des publications antérieures. Rappelons seulement que, né en tissu amygdalien, l'ulcère ne devient véritablement douloureux que lorsqu'il a franchi les limites de l'agglomération lymphoïde et mordu sur le voile ou ses piliers.

J'insisterai, par contre, sur les notions tirées de l'étiologie et de l'histologie pathologique.

La tuberculose, et spécialement ses manifestations pleuro-pulmonaires, se retrouvent dans les antécédents personnels et familiaux des malades de façon constante ; mais il semble bien que la chaîne ganglionnaire cervici-

thoracique intervienne comme voie de contamination [des] amas lymphoïdes de la muqueuse pharyngée. Une fois j'ai vu l'adénopathie cervicale, avec des caractères pseudonéoplasiques, précéder de quelques mois la manifestation pharyngée. L'observation est assez curieuse pour être relatée ici.

Observation. — Le sujet en est une femme de 65 ans, petite et maigre, mais de tempérament robuste, qui vit apparaître en octobre dernier un chapelet de ganglions durs en arrière du sternomastoïdien droit ; puis, quelques semaines plus tard, un noyau plus volumineux et de consistance ligneuse vint à soulever la partie moyenne du muscle. Ce dernier ganglion adhérait fortement aux tissus ambiants et se mobilisait à peine. Des tiraillements douloureux irradiaient autour de lui, gênant les mouvements de rotation de la tête.

Un minutieux examen des cavités buccale et pharyngée ne révélait rien d'autre qu'une gingivite pyorrhéique banale : l'avulsion de dents malades supprima, d'ailleurs, la gingivite sans modifier l'adénite. En revanche la rhinoscopie montrait au niveau du méat moyen droit un léger suintement louche et la diaphonoscopie une opacité nette de l'antra maxillaire correspondant.

Soupçonnant, en raison de l'âge de la malade, de l'évolution des accidents et des caractères de l'adénopathie, une dégénérescence maligne de la muqueuse antrale, je prélevai au début de février, sous cocaïne, l'un des ganglions cervicaux indurés aux fins de biopsie. Or le microscope mit en évidence un commencement de caséification avec follicules tuberculeux typiques.

A la suite de cette intervention exploratrice la chaîne ganglionnaire subit un certain degré de régression ; mais, quinze jours plus tard, apparurent sur l'amygdale gauche de petites ulcérations à caractère torpide et indolentes. Un mois après, les ulcères tonsillaires avaient conflué en une nappe recouvrant toute l'amygdale et commençant à mordre sur ses piliers, en provoquant une vive dysphagie.

Un essai de traitement par les caustiques locaux ayant échoué entre les mains du médecin traitant, je crus devoir instituer la thérapeutique iodurée habituelle par voie interne. A la fin d'avril, la fosse amygdalienne gauche apparaissait en grande partie évidée, à fond livide, uni, voilé d'une fine membrane cicatricielle, tandis que les piliers, encore rouges et érodés, n'offraient pas d'échancrure appréciable : la dysphagie et l'otalgie avaient beaucoup diminué. Le 10 mai, toutegène avait cédé, la cicatrisation était complète sans asymétrie vélique, sauf une faible bride au point de convergence supérieur des piliers. La chaîne ganglionnaire n'était plus perceptible ; l'antra maxillaire avait repris sa transparence et la malade, un certain embonpoint.

L'épreuve sérologique de la syphilis n'avait pas été pratiquée chez cette malade. En revanche j'ai pu systématiquement rechercher l'infection spécifique chez diverses malades de mon service atteints d'ulcères tuberculeux du pharynx confirmés par la biopsie et, chez la majeure partie d'entre eux, la réaction fut positive.

Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour autoriser des conclusions formelles : syphilis et tuberculose sont des affections si répandues et si tenaces, que leur coexistence peut être tenue légitimement comme fortuite. Je ne pense pas pourtant qu'il ne s'agisse ici que de coïncidence.

Est-ce à dire pour cela que je souscrive aux vues des dermatologistes Lyonnais et mette au compte de la seule vérole les ulcères pharyngés torpides que guérit l'iode ?

Ce serait vraiment faire trop bon marché des affirmations formelles de l'histopathologie et de l'enseignement à tirer du passé des malades. Les antécédents morbides, l'allure clinique des lésions, leur prédilection pour les formations lymphoïdes, l'adénopathie satellite et, par-dessus tout, le microscope montrent à l'évidence que nous avons affaire à une lésion bacillaire de nature. Le B. W. établit que dans une forte proportion de cas elle évolue sur un terrain syphilitisé. Et cela explique la malignité atténuée des lésions, peut-être aussi l'efficacité de la cure iodurée de terrain.

Aussi serais-je tenté d'admettre même dans les cas de séro-diagnostic négatif, l'ingérence d'une syphilis, acquise ou héritée, dans la production des ulcères tuberculeux bénins de la gorge et c'est pourquoi le vieux terme d'angine scrofuleuse me paraît digne d'être repris pour désigner une forme de tuberculose de la muqueuse de la gorge, avec toutefois une acception sensiblement distincte de celle que lui attribuaient MACKENSIE et BAZIN.

Un point resterait encore à élucider : l'iode à l'intérieur, si actif contre les manifestations de ce type, agit-il comme antisiphilitique ou comme antibacillaire ? Pour vérifier la première hypothèse, il faudrait recourir à l'épreuve expérimentale et substituer à l'iodure les préparations hydragiques, arsenicales ou bismuthiques isolées.

ABCÈS DU LOBE TEMPORAL PARTI D'UNE INFECTION OTIQUE DE LA FOSSE CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE

Par D. Van CANEGHEM (Bruges.)

Il m'a semblé que les deux observations suivantes pouvaient présenter un intérêt théorique et un intérêt pratique :

Un intérêt théorique parce qu'elles montrent une des voies que des agents septiques venus des cavités de l'oreille peuvent suivre pour passer de la fosse cérébrale postérieure au lobe temporal ;

Un intérêt pratique parce qu'il découle de ces observations, certaines indications thérapeutiques.

Observation I

Elle se rapporte à une femme de 60 ans qui la semaine avant le moment de sa première visite, le 28 janvier, avait eu une forte bronchite ; une semaine plus tard s'était installé un écoulement violent de l'oreille gauche ; lors de cette première visite l'écoulement avait diminué, mais la malade présentait des douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde. Elle-même n'attachait pas d'importance à ces douleurs, parce que, d'après ses dires, elle avait, dans les 15 dernières années, souffert fréquemment de douleurs névralgiques analogues à celles qu'elle ressentait à ce moment. Il n'y avait pas de fièvre et son pouls était à 74. Il existait une très légère sensibilité à la pression, au niveau de l'antre mastoïdien. Il y avait du pus jaune pâle, non fétide, dans le conduit. Pas de chute nette de la paroi postérieure. Réflexe pulsatile dans la partie antéro-inférieure de la membrane. Voix haute comprise de ce côté, seulement à l'oreille même. Traitement classique.

A sa visite suivante, le 2 février, la sensibilité au niveau de l'apophyse mastoïde avait tout à fait disparu ; écoulement assez abondant.

Le 7 février, plus de douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde, mais douleurs dans la tempe gauche quand le nez était bouché, sinon pas ; ce mal au niveau de la tempe, était très violent par moments, mais il n'existait, aux dires de la malade, que quand le nez était bouché ; dès que l'obstruction nasale disparaissait, le mal se dissipait en même temps. Aux visites suivantes, je ne retrouvai plus la sensibilité à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde, il n'y avait pas de chute notable de la paroi postéro-supérieure du conduit ; la sécrétion diminuait ; il n'y avait pas de fièvre ; le pouls était à 78-74-64, puis de nouveau 76-76. Spontanément, la malade n'accusait que des douleurs rhumatoïdes, qu'elle disait influencées par le temps ; mais il y avait quelque chose de bizarre dans son attitude et ses allures ; elle avait la langue chargée ; elle manquait d'appétit ; elle me paraissait maigrir ; il y avait un ensemble d'indications assez vagues qui me faisaient craindre une infection dans la profondeur, de sorte que je l'engageai à entrer à la clinique pour se faire opérer. Mais dans l'esprit de la malade ses douleurs étaient de nature rhumatismale jusqu'au jour où elle commença à se plaindre de vertiges et à trouver une certaine difficulté à parler : elle reconnaissait les personnes étrangères, mais ne trou-

vait pas leurs noms, tout en connaissant celui de ses enfants ; elle était forcée de parler lentement pour ne pas se tromper de mots. Elle ressentait des battements violents dans l'oreille gauche ; les douleurs dans la région temporale, qui avaient disparu, un moment, reparurent. Il n'y avait pas de nystagmus spontané vers la droite, mais de toutes petites secousses vers la gauche, dans le regard extrême vers la gauche.

Dans la position de Romberg il n'y avait pas de chute, mais plutôt une tendance à tomber vers la droite.

Le 24 mars à la clinique, température inférieure à 37. Pouls 70. Pendant le jour la malade parlait assez convenablement, le soir au coucher, elle délira ; la malade remarquait elle-même qu'elle présentait une obnubilation mentale ; elle trouvait difficilement ses mots : la fin des phrases était souvent tout-à-fait inintelligible.

Pas de raideur de la nuque ; pas de Kernig.

Pas de nystagmus.

Réflexes rotuliens bilatéralement modérés.

Pas de Babinski ; pas de clonus des pieds.

Ponction lombaire (Dr Sels) : Le liquide sortit sous pression, idéalement clair.

Examen du liquide (Dr Peters) : Pandy +. Teneur en albumine supérieure à la normale. Sucre, 0,54.

Lymphocytose.

Fond de l'œil : Pas de papille de stasé ni à droite ni à gauche.

Otoscopie : Membrane du tympan gauche, grise ; pas de pus dans le conduit ; très légèrement rougeur le long du manche du marteau ; pas de chute de la paroi postéro-supérieure du conduit.

Opération 25 mars. Anesthésie générale à l'éther. Pas d'infiltration de la peau, ni du tissu cellulaire sous-cutané, ni du périoste. La surface osseuse largement dénudée paraissait tout-à-fait normale. L'os était très dur, éburné et l'apophyse mastoïde dépourvue de cellules dans ses 2/3 externes. Tout à fait dans la profondeur, il y avait une traînée verticale de petites cellules, dont la muqueuse était extrêmement épaissie mais ne contenait pas de pus en quantité visible. En trépanant fortement en arrière, dans la partie postéro-supérieure de l'apophyse mastoïde, au-dessus de l'émissaire mastoïdienne, il apparut brusquement une gouttelette de pus jaune pâle, non fétide. Dans cette partie postérieure de l'apophyse mastoïde, la dure-mère apparut à nu dans la plaie : elle était couverte de granulations brunâtres sur une surface grande comme celle d'une pièce de 1 franc. Cette zone couverte de granulations était située dans la fosse cérébrale postérieure. Elle couvrait en partie le sinus sigmoïde et remontait en haut près de son coude supérieur. Le segment du sinus, tout juste au-dessous de cette zone arrondie, couverte de granulations, présentait une coloration jaunâtre sur une longueur d'un centimètre environ ; plus bas le sinus et la dure-mère paraissaient normaux.

Il n'y avait pas de fistule visible là où la dure-mère était couverte de granulations. La dure-mère de la fosse cérébrale postérieure présentait des battements.

L'autre était petit : il était tapissé par une muqueuse fongueuse, considérablement épaissie ; il ne contenait pas de pus.

La dure-mère de la fosse cérébrale moyenne fut très largement mise à nu : l'écaille du temporal fut réséquée sur une hauteur de 3 centimètres jusqu'à 1 centimètre environ en avant de la partie antérieure de la caisse. La dure-mère de la fosse cérébrale moyenne fut prudemment décollée de la pyramide. Elle présentait partout un aspect absolument normal, mais sans battements visibles.

Après cette intervention, il se dessina les jours suivants une certaine amélioration : la température oscillait entre 37° et 37°8 ; le pouls entre 70 et 80 ; la respiration entre 12

et 20. La langue était nette, la conscience conservée, mais avec une légère torpeur intellectuelle ; pas de nystagmus, pas de raideur de la nuque ; battements de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne ; aphasie moins prononcée. Cela dura une huitaine de jours, puis l'aphasie s'aggrava, la parole devint incompréhensible. En présence de ce symptôme je me décidai à ponctionner le lobe temporal gauche et retirai du pus ; dans la poche de l'abcès fut engagé un petit drain, dont le calibre fut augmenté aux pansements suivants.

Tout alla bien : dès le lendemain de la 2^e intervention, la malade déclarait qu'elle avait recouvré son intelligence ; l'aphasie se dissipa tout à fait ; la conscience redevint normale.

4 semaines après l'intervention, la malade paraissait guérie, circulait, ne souffrait pas de la tête, parlait sensiblement normalement ; sa température oscillait entre 36°8 et 37°2.

Puis un jour, le drain, qui était sorti de la plaie pendant la nuit, ne se laissa pas réintroduire : la température monta, la malade vomit ; il s'installa de la raideur de la nuque, de la céphalalgie, du délire et la malade succomba 3 jours plus tard, malgré toutes les tentatives pour rétablir le drainage de la plaie. Ces tentatives avaient effectivement abouti, la veille de la mort, à faire sortir de l'abcès une cuiller à café de pus.

A l'autopsie : Les vaisseaux pie-mériens de la surface cérébrale étaient légèrement injectés ; dans les espaces sous-arachnoïdiens de la région sylvienne et pariétale droite, on voyait un liquide d'apparence laiteuse, qui n'existait pas à gauche. Après enlèvement du cerveau, on vit que les organes compris dans la fosse cérébrale postérieure baignaient dans le pus.

Le lobe temporal gauche était adhérent à la face supérieure de la pyramide. Une section, pratiquée à travers ce lobe, ouvrit un abcès qui parut nettement délimité et dans lequel je retrouvai le drain. La substance cérébrale voisine présentait néanmoins des altérations nettes, déjà macroscopiquement reconnaissables : au delà de la capsule, notamment autour de la cissure de Sylvius et spécialement dans sa partie inférieure, je trouvai une coloration jaunâtre de la substance cérébrale, de même en arrière de l'abcès, au delà de la capsule, existait cette même coloration jaunâtre de la substance cérébrale.

En sectionnant l'abcès suivant son grand axe, je vis que cet axe venait s'insérer perpendiculairement sur la crête postérieure de la pyramide. Cet axe se présentait sous forme d'une traînée blanchâtre fibreuse qui abordait la crête postérieure de la pyramide à 7 millimètres en dehors du trou auditif interne.

L'ouverture faite dans la dure-mère et par laquelle l'abcès avait été ouvert était situé latéralement à cet axe.

L'os temporal vu par derrière présentait une dure-mère normale excepté sur une zone très limitée, de 1 millimètre de diamètre horizontal et de 3 millimètres de longueur : cette tache noirâtre correspondait à un thrombus compris dans le sinus sigmoïde, près de son genou supérieur, mais ce thrombus ne s'étendait guère vers le bas, de sorte que 2 centimètres plus bas la lumière du sinus était tout-à-fait libre, son calibre donc normal et sa paroi anormale. Le golfe de la veine jugulaire était tout à fait libre et sa paroi était normale, de même que la veine jugulaire elle-même.

Le sinus transverse, à sa jonction avec le sinus sigmoïde présentait un thrombus, mais à quelques millimètres plus en arrière déjà sa paroi était tout-à-fait normale.

Le sinus pétreux supérieur se laissait poursuivre à partir du coude supérieur du sinus sigmoïde jusqu'à l'eminencia arcuata à peu près, c'est-à-dire jusqu'à l'endroit où le lobe temporal adhérait à la dure-mère et était comme fusionnée avec elle ; sur ce trajet, on trouvait dans le sinus un thrombus qui macroscopiquement paraissait organisé et ne contenait pas de pus.

Puis au delà de l'adhérence du lobe temporal avec le bord supérieur du rocher, on

trouvait le sinus pétreux supérieur thrombosé sur une longueur de 3-4 millimètres, puis le sinus tout à fait vide sans altérations appréciables de sa paroi.

L'interprétation de la pathogénèse de l'abcès paraissait peu sûre, mais une 2^e observation, superposable à la première, leva tout doute à ce sujet.

Cette 2^e observation se rapporte à un jeune homme de 18 ans, qui fut amené avec des symptômes violents de méningite ; le diagnostic de méningite était confirmé du reste par la ponction lombaire ; le malade succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie il fut trouvé non seulement une méningite mais un abcès temporal gauche qui avait été méconnu à cause du point de départ de l'infection dans la fosse cérébrale postérieure, à cause de l'absence d'altérations de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne et à cause de l'absence d'aphasie et d'autres symptômes de foyer.

Observation II

Garçon de 18 ans ; état de nutrition normal ; air abattu ; langue humide, légèrement chargée.

T., 39. Pouls, 72 égal, rythmique. Respiration, 28, avec battement des ailes du nez.

Le malade est à peu près totalement sourd. Sa parole est tout à fait normale et sa voix claire.

Il se plaint de maux de tête.

Très forte raideur de la nuque.

Yeux : La pupille gauche paraît un peu plus large que la droite ; les deux pupilles réagissent à la lumière.

Mobilité des globes oculaires, normale ; pas de nystagmus, ni dans le regard extrême vers la droite, ni vers la gauche.

Fond de l'œil : Bilatéralement les pupilles paraissent élargies, les contours sont un peu flous ; les veines sont tortueuses.

Il n'y a pas d'empatement au niveau du paquet vasculo-nerveux du cou, ni à droite, ni à gauche. La sensibilité à la compression est la même des deux côtés.

Les réflexes rotuliens sont vifs bilatéralement ; un peu plus vifs à gauche qu'à droite.

Pas de Babinski, ni à droite, ni à gauche ; mais à droite la flexion plantaire est nette, tandis qu'à gauche, la flexion n'est guère appréciable.

Oppenheim : très légèrement positif bilatéralement, mais nettement plus à gauche qu'à droite.

Réflexes abdominaux, extrêmement vifs des deux côtés.

Kernig : Bilatéralement positif.

Cœur : Pas de bruits pathologiques.

Oreilles. — Otoscopie : à droite, membrane tout-à-fait rouge ; fistule de la membrane de Shrapnell ; perte de substance centrale par laquelle on voit une masse jaune pâle dans la caisse ; le manche du marteau n'est pas visible ; pus extrêmement fétide dans le conduit.

A gauche : Le conduit auditif est rempli de pus extrêmement fétide. L'image otoscopique est peu nette : il y a des granulations dans le fond du conduit. On distingue des granulations au niveau de la membrane de Shrapnell et le manche du marteau paraît appliqué contre la face interne de la caisse.

Les oreilles du malade coulent depuis son enfance.

Les diapasons ne paraissent pas entendus.

Opération sous anesthésie générale.

Évidemment pétromastoldien à droite : os sclérosé ; antre, aditus ad antrum et caisse remplis de cholestéatome ; la paroi osseuse ne présente pas de carie.

Évidemment pétromastoldien à gauche : os sclérosé ; de l'antre s'échappe du pus jaune pâle très fétide. L'antre est rempli de granulations. L'aditus *ad antrum* et la caisse contiennent des granulations et du cholestéatome. Mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne : elle paraît normale. Mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure : sur une étendue grande comme une fève, la dure-mère est couverte de granulations brun noirâtre.

Le malade succomba 12 jours plus tard.

A l'autopsie, je ne trouvais pas de pus au niveau des convexités cérébrales. Les veines cérébrales supérieures étaient très congestionnées. Liquide abondant, légèrement trouble au niveau du chiasme des nerfs optiques. Sécrétion purulente autour du pédicule de l'hypophyse et sécrétion très abondante et légèrement trouble à la base du cerveau, au niveau du pont de Varole et dans l'espace interpedonculaire.

Pendant le dégagement du cerveau de la fosse cérébrale moyenne, il s'écoula brusquement une quantité très considérable de pus extrêmement fétide qui provenait d'un abcès du lobe temporal gauche. Ce lobe temporal était légèrement adhérent à la partie supérieure de l'os pétreux à peu près au niveau de l'*eminencia arcuata*. A ce niveau et sur une étendue d'une pièce de 50 centimes, la partie inférieure du lobe présentait une coloration noirâtre. On voyait nettement un petit vaisseau gros comme un gros fil, partit du sinus pétreux supérieur et se dirigeait dans la partie très légèrement adhérente du lobe temporal. Ce petit vaisseau était noir, thrombosé.

Le sinus sigmoïde, du coude supérieur jusqu'au coude inférieur était rempli par un thrombus, en partie rouge et en partie jaunâtre : la paroi cérébelleuse du sinus présentait du reste une coloration jaunâtre à ce niveau, de même que la surface cérébelleuse adjacente. La veine jugulaire dans sa partie descendante, par contre, était macroscopiquement tout-à-fait normale.

La dure-mère de la fosse temporale moyenne était normale au niveau de l'écaille du temporal et au-dessus de l'antre.

Dans le sinus transverse, il existait un thrombus qui était dur et paraissait organisé ; puis, à partir du coude du sinus sigmoïde, le thrombus s'étendait en avant dans le sinus pétreux supérieur jusqu'au niveau de l'*eminencia arcuata* où la dure-mère était soulevée sur une surface arrondie de 1 cent. 1/2 de diamètre par une accumulation du pus. En avant le thrombus ne se laissait guère poursuivre au delà de l'*eminencia arcuata*, de sorte que la partie antérieure du sinus pétreux supérieur n'était pas thrombosée.

Le labyrinthe paraissait macroscopiquement tout à fait normal.

Nous voyons donc dans un premier cas, chez une malade de 60 ans, une otite moyenne aiguë se compliquer à un moment donné de douleurs temporales ; d'après l'évolution ultérieure et les données de l'autopsie, nous devons admettre que ces douleurs ont correspondu à un envahissement septique du lobe temporal.

L'envahissement septique lui-même était la conséquence d'une thrombo-phlébite du sinus sigmoïde, puis du sinus pétreux supérieur, puis d'une veine qui part du lobe temporal et va rejoindre le sinus pétreux supérieur. Cette veine appartient au groupe des veines cérébrales latérales et inférieures.

On sait que le sang revient du cerveau par 4 voies veineuses principales : les veines cérébrales supérieures, les plus développées, qui se jettent dans le sinus sagittal, la veine cérébrale moyenne, satellite de l'artère cérébrale moyenne et qui se jette dans le sinus caverneux, exceptionnellement dans le sinus pétreux supérieur (grande anastomotique de Trolard) et les veines cérébrales inférieures qui se jettent en partie dans le sinus transverse (veines cérébrales inférieures et postérieures) et en partie dans le sinus pétreux supérieur (veines cérébrales inférieures et latérales). Viennent enfin les veines cérébrales internes qui finissent par former par leur confluence la grande veine de Galien.

Dans l'observation II, la voie suivie est absolument la même et c'est du reste l'analogie entre les deux observations qui permet de préciser la dernière partie du trajet suivi par l'infection pour passer de la fosse cérébrale postérieure à la fosse cérébrale moyenne et au lobe temporal.

L'évolution clinique de la thrombose dans le cas II s'est confondue avec les symptômes bruyants de la méningite, du moins pendant la période d'observation à l'hôpital. Dans le cas I, au contraire, cette évolution a été pour ainsi dire latente : la personne, pendant l'évolution de cette thrombophlébite, n'a guère présenté des symptômes généraux, différents de ceux qu'on trouve dans une otite d'intensité moyenne, compliquée de mastoïdite légère : elle vaquait à ses soins de ménage, circulait et voyageait même, malgré les conseils de repos complet et de séjour dans la clinique qui lui avaient été donnés. Du reste, la mastoïdite et l'otite causales finirent par guérir et l'autopsie a montré que la thrombose sinusienne s'est guérie sans autre intervention que la suppression de l'ostéite causale. Un symptôme mérite, il me semble, d'attirer spécialement notre attention, c'est la douleur temporale inexistante dans les phases initiales de l'affection et apparue tardivement comme si la douleur mastoïdienne s'était transportée vers la tempe. Lanino et Mounier rappellent que certains auteurs ont « individualisé un « syndrome du sinus pétreux supérieur qui comprend essentiellement : la « céphalée temporale, fixe et bien localisée, la névralgie du V^e ; la température pyohémique, le tout greffé sur une otite moyenne chronique avec pus « ayant l'odeur d'os nécrosé ». Nous avons vu cette douleur très nette dans notre cas, mais au cours d'une otite aiguë, sans température pyohémique. Il me paraît probable, du reste, que, dans mon observation, la douleur correspondait plutôt à l'envahissement de la substance cérébrale avec la méningite localisée, inévitable d'un pareil envahissement, mais la conclusion pratique reste la même : l'indication urgente d'une intervention opératoire.

Deux autres symptômes curieux dans cette 1^{re} observation ont été : les battements violents ressentis dans l'oreille à un moment où l'inflammation allait en diminuant ; ils répondaient peut-être à la thrombose des veines tympaniques supérieures ; — et la coïncidence entre les douleurs et la sensation d'obstruction nasale qui répondait peut-être à une paresthésie dans le domaine de la 2^e branche du trijumeau.

La tendance à la guérison spontanée de la thrombose des sinus a été

signalée par différents auteurs. Körner cite les observations de Bezold, Mahler-Haymann, Miodowski, etc. Notre confrère Marbaix vient encore tout récemment d'insister sur ce point. L'intérêt de notre cas à ce point de vue réside dans le fait qu'il permet d'établir une comparaison entre la résistance de la voie veineuse et la sensibilité de la substance cérébrale à une même infection : il montra, dans l'observation I, l'évolution latente, bénigne de l'infection de la voie sanguine et l'évolution progressive et finalement mortelle de la même infection quand elle a atteint la substance cérébrale.

La propagation de l'infection sanguine a été rétrograde dans le cas I, progressive et en même temps rétrograde dans le cas II. Dans le cas II, l'infection progressive s'est arrêtée au niveau de la partie terminale ascendante du sinus, à l'apophyse jugulaire de l'occipital, au point que la veine jugulaire elle-même était exempte de toute altération. H. P. Chatellier dans son remarquable rapport sur « l'embryologie, l'anatomie et la physiologie des sinus de la dure-mère », insiste sur l'importance « pratique de cette dernière « coudure du sinus sigmoïde : il est certain, dit-il, que si l'on peut admettre « que les sinuosités sinusales sont autant de causes favorables au développement de l'infection, par le ralentissement du courant sanguin qu'elles « déterminent, la crosse si fermée du canal veineux sur l'apophyse jugulaire « entre pour une grande part dans cette pathogénie. Au point de vue thérapeutique, c'est de cette crosse sinuso-jugulaire que relèvent les grosses « difficultés que l'on éprouve à assurer un drainage satisfaisant, lorsqu'il « y a infection du système. » Il est probable que cette crosse a plutôt une signification morphologique qu'une signification physiopathologique, vu la rareté des infections du sinus ; mais il n'en reste pas moins vrai que cette crosse, en dehors de son rôle physiologique, à côté de son action frénatrice sur la circulation sinusienne sur laquelle insiste H. P. Chatellier, qui faciliterait donc l'infection, a joué dans notre cas un rôle d'arrêt dans la propagation de l'infection vers le bas et un rôle protecteur par conséquent de la circulation veineuse générale.

Dans les cas I et II nous constatons, comme nous venons de le dire, une propagation rétrograde de l'infection. La propagation rétrograde est extrêmement fréquente. Körner signale celle qui, débutant au niveau du coude supérieur de la partie verticale, s'étend vers le sinus transverse, éventuellement jusqu'au pressoir d'Hérophile, au sinus longitudinal, au sinus droit et au sinus transverse de l'autre côté, et de là éventuellement à la grande veine cérébrale de Galien ou aux veines cérébrales inférieures postérieures ou à la grande veine anastomotique de Trolard.

Il signale celle qui passe du sinus sigmoïde au sinus pétreux supérieur et inférieur et de là éventuellement au sinus caverneux, de même que celle qui partant du sinus caverneux peut s'étendre à la veine ophtalmique ou même par le sinus circularis Ridleyi au sinus caverneux de l'autre côté.

Dans nos deux observations, nous constatons au contraire le passage de l'infection du sinus pétreux supérieur à la veine cérébrale inféro-latérale

que nous ne trouvons pas signalé dans Körner. Dans nos deux observations, la moitié antérieure du sinus pétreux supérieur est restée indemne : le sinus nous a paru, dans les deux observations, particulièrement étroit au niveau de ce segment antéro-interne, et c'est à cette étroitesse que nous attribuons le plus volontiers le fait que l'infection ne s'y est pas propagée et que le sinus caverneux est donc resté indemne.

Quant à la pathogénèse de l'abcès cérébral, elle ne laisse dans nos deux cas aucun doute. Les auteurs ne sont pas tout-à-fait d'accord au sujet de la pathogénèse des abcès cérébraux otitiques en général.

D'après W. P. Eagleton le type le plus fréquent d'abcès cérébral « l'abcès « intracérébral sans envahissement cortical visible macroscopiquement » est généralement dû à une thrombo-phlébite rétrograde d'un vaisseau cérébral.

Körner signale et discute les différentes hypothèses en présence. Il signale les idées d'Uffenorde, Macewen, Fremel, etc. Il arrive à cette conclusion « que la phlébite et la thrombose infectieuse des sinus adjacents à l'os « temporal ne paraissent pas avoir une grande importance dans la genèse « des abcès otitiques » et il signale l'opinion de Jansen qui déclare que dans aucun des cas de thrombose des sinus avec abcès cérébral, il n'a eu un motif pour admettre que l'abcès ait été directement provoqué par la thrombose sinusienne.

Körner signale plus loin qu'on doit considérer comme une rareté un abcès cérébral, provenant du sinus pétreux supérieur.

Les 2 cas signalés ne permettent évidemment pas de nous faire une idée de la fréquence que peut jouer la thrombophlébite dans la genèse des abcès otitiques du cerveau.

Des recherches expérimentales entreprises antérieurement n'admettent aucun doute sur la possibilité d'un autre mécanisme de l'infection de la substance cérébrale avec formation d'abcès : il peut s'établir, à distance d'un foyer d'infection, sans intervention de la voie artérielle sanguine ou veineuse, un foyer de ramollissement rouge (encephalomalacia rubra) aboutissant dans un stade ultérieur à la formation d'une collection purulente centrale entourée d'une coque plus ou moins épaisse.

Mais les 2 observations signalées ne laissent pourtant aucun doute au sujet de la réalité du rôle de la thrombo-phlébite rétrograde et, dans ces 2 cas d'abcès du lobe temporal consécutifs à une infection de la fosse cérébrale postérieure, c'est une veine cérébrale inféro-latérale, tributaire du sinus pétreux supérieur, qui a porté l'infection à la substance cérébrale.

D'après W. P. Eagleton, « l'abcès intracérébral avec un pédoncule est un « stade tardif d'abcès intracérébral sans preuve macroscopique d'en- « vahissement cortical. Le pédoncule se développe après la formation de « la cavité de l'abcès par une progression de la nécrose de la cavité de l'abcès « vers le cortex, suivant donc en sens inverse la voie d'infection primitivement « empruntée par la thrombophlébite causale... » L'auteur énumère plus loin

les raisons qu'il a pour admettre que le « pédoncule est fréquemment un processus secondaire après le développement de l'abcès ».

Les observations signalées nous font admettre que dans les abcès consécutifs à une thrombophlébite rétrograde, il y a lieu de distinguer le pédoncule primaire, celui qui est fourni par la veine thrombosée, qui a porté l'infection dans la substance cérébrale, et le pédoncule secondaire, qui résulte de la progression secondaire de l'abcès vers le cortex. Il nous paraît important, au moins au point de vue théorique, de faire une distinction entre ces 2 pédoncules, parce qu'il ne faut pas nécessairement que l'un coïncide avec l'autre.

Dans notre observation I, le pédoncule secondaire était représenté par un tractus fibreux, dur, ne répondant pas à la théorie elle-même de W. P. Egleton, de sorte que notamment dans les abcès induits par une thrombophlébite elle-même en voie de guérison, il ne faut pas nécessairement que l'infection cérébrale refasse en sens inverse la voie qu'elle a suivie pour se propager au cerveau.

Au point de vue pratique, nous pouvons tirer des observations les conclusions suivantes : d'abord la nécessité de mettre systématiquement à nu la dure-mère des 2 fosses cérébrales postérieures, quand on se trouve en présence d'une infection des méninges avec possibilité d'abcès ; l'insuffisance de l'inspection de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne pour exclure l'abcès du lobe temporal, quand la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure s'est montrée infectée ; la nécessité de ponctionner le lobe temporal quand même la dure-mère paraît normale, quand l'évolution de la complication endocrânienne ne permet pas d'exclure la possibilité d'un abcès du lobe temporal.

THYROÏDE LINGUALE

Par F. J. COLLET

D. M., 7 ans, entre dans mon service le 5 juin 1928, envoyée par mon collègue, le professeur Nové-Josserand, pour un kyste de la base de la langue. Cette petite tumeur, arrondie, un peu plus haute que large, rosée à son sommet et à sa partie moyenne, blanchâtre près de sa base, siège sur la face dorsale de la langue ; elle a le volume d'une noisette. Elle s'insère immédiatement en arrière du sommet du V lingual. Elle provoque peu de gêne fonctionnelle. L'examen de la région antérieure du cou ne révèle rien d'anormal.

Le 9 juin, j'en pratique facilement l'ablation à l'anse froide.

Le 13 juin, la petite malade quitte le service, guérie.

Le résultat de l'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique est le suivant : « Sous la muqueuse linguale on trouve des formations très régulières qui se présentent sous la forme de kystes à revêtement épithélial cubique et à contenu colloïde. Au centre de ces formations on aurait absolument l'impression de corps thyroïde normal. Il s'agit fort probablement de vestiges embryonnaires à point de départ thyroïdienne ou de formations thyroïdiennes. Aucun signe ne permet de penser à la malignité. »

J'ai sous les yeux, ces préparations colorées à l'hématéine éosine. Elles montrent une muqueuse linguale normale avec sa couche de cellules génératrices, son corps muqueux de Malpighi et sa couche cornée ; l'épithélium et le derme muqueux présentent une infiltration assez abondante par des cellules rondes à noyau très coloré. Au-dessous la tumeur est entièrement formée de vésicules thyroïdiennes séparées par un tissu conjonctif assez discret. On distingue nettement la couche de cellules cubiques, très régulières, qui les tapisse et la substance colloïde colorée en rose qui tantôt les remplit complètement, tantôt laisse par sa rétraction un espace vide entre elle et le revêtement cellulaire.

Les cas de ce genre ne sont pas absolument rares, mais ils ne se présentent pas toujours avec une netteté aussi démonstrative. Ainsi Tweedie a présenté à la Société royale de Médecine de Londres (mars 1925), une malade de 31 ans opérée 17 ans auparavant dans la région thyro-hyoïdienne et actuellement porteur d'une tumeur du foramen cæcum.

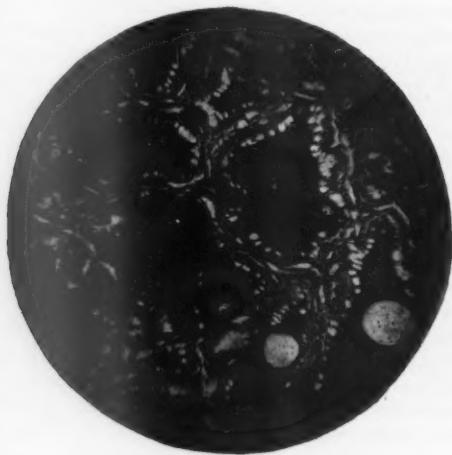
André Bloch ⁽¹⁾ a observé chez un nourrisson de quatre jours, une tumeur de la base de la langue siégeant au V lingual qui avait provoqué une violente dyspnée : il s'agissait probablement d'un kyste d'origine thyroïdienne, mais sans examen histologique possible ; la tumeur contenait une substance mucoïde assez épaisse et cette évacuation soulagea la dyspnée.

L'année suivante, André Bloch et Lemoine ont présenté à la Société de

(1) ANDRÉ BLOCH, *Société de Laryngologie des hôpitaux de Paris*, 9 novembre 1927.

Laryngologie des hôpitaux de Paris, une malade de 37 ans, porteur d'une tumeur rénitente comprimant l'épiglotte.

L'interprétation des faits de ce genre est embryologiquement bien connue. Le tractus thyroéglasse qui, partant du foramen cæcum de la langue, représente le trajet de descente de la thyroïde, peut persister : il peut être le point de départ de kystes ou fistules ou de thyroïdes aberrantes. Ces dernières formations se développent généralement par en bas, aussi les trouve-t-on sur la ligne médiane près de l'os hyoïde ou du cartilage thyroïde, un pédicule les rattachant à l'os hyoïde (¹).



F. J. Collet

FIG. 1

Il est à peine utile de rappeler ici que le corps thyroïde dérive d'un bourgeon plein de la paroi antérieure du pharynx. Son développement est rapide au point que dès la huitième semaine on trouve la structure normale de la glande ; mais le corps thyroïde tout entier ne reconnaît pas uniquement cette origine, puisque la glande résulte de l'union de deux bourgeons latéraux et d'un bourgeon médian. Le bourgeon médian, le seul qui nous intéresse ici, naît par évagination de la dépression située immédiatement en arrière de la papille occupant le sommet du V lingual, dépression connue sous le nom de trou borgne ou *foramen cæcum*. Il descend en bas et en avant et son extrémité renflée forme la pyramide de Lalouette alors que son pédi-

(¹) Consulter HUCHET, *Traitement des kystes et fistules thyro-hyoïdiens*, Gazette des Hôpitaux, 28 octobre 1924.

cule plein (tractus de His) continue à le rattacher à la base de la langue, mais seulement jusqu'au deuxième mois de la vie fœtale. Exceptionnellement, ce pédicule persiste sous la forme d'un canal ou d'un cordon plein : canal thyroglosse (plus particulièrement connu dans sa partie supérieure ou linguale sous le nom de canal de Bochdalek), tractus thyro-glosse. Ce tractus passe en avant du corps de l'os hyoïde et non en arrière comme l'avait pensé d'abord His.

Quant aux thyroïdes latérales, formées aux dépens de la quatrième fente branchiale, elles disparaissent ultérieurement au lieu de concourir à la for-



FIG. 2

- a) Muqueuse linguale ;
- b) Vésicules thyroïdiennes.

mation de la glande, bien que de récents travaux semblent montrer que cette disparition n'est pas totale. Quoi qu'il en soit, la tumeur linguale, indice d'une anomalie dans la descente du tractus peut s'accompagner d'un défaut de développement de la glande thyroïde allant parfois jusqu'à son absence complète et de kystes de la région thyroïdienne d'origine branchiale.

On comprend donc que la glande thyroïde cervicale puisse manquer lorsque la descente du tractus thyro-glosse ne s'est pas effectuée ; on comprend aussi que dans les cas de fragmentation du tractus, des thyroïdes accessoires puissent se développer aux dépens de ses vestiges, tout le long de son trajet et naturellement à son origine, c'est-à-dire au niveau du foramen cæcum : c'est d'un cas de ce genre que je relate ici l'histoire. Sur le

trajet du tractus de His peuvent également se développer des kystes, dermoïdes ou thyroïdiens.

D'après Shugyo (1) on trouve chez 39 % des fœtus humains des vestiges du canal thyro-glosse. Le foramen cœcum nettement formé existe dans 50 % des cas. Les vestiges voisins de l'os hyoïde existent surtout en avant et au-dessous de lui, plus rarement au-dessus. Les restes du conduit thyro-glosse peuvent se développer en kystes après la naissance : la prolifération du tissu conjonctif comprime les acini glandulaires, amène leur atrophie et la dégénérescence muqueuse des cellules glandulaires ; les cavités fusionnent ainsi et donnent des kystes à contenu muqueux tapissés d'une couche épithéliale stratifiée à cils vibratiles. On s'explique ainsi comment on peut observer sur le tractus thyro-glosse des formations thyroïdiennes typiques ou au contraire sous forme de kystes. Ces néoformations morbides ont pu s'observer jusqu'à la 26^e année et au delà.

Cependant elles apparaissent et se développent d'habitude au cours de la première ou des premières années de la vie. Plus fréquentes dans le sexe féminin elles sont quelquefois héréditaires.

La thyroïde linguale est de volume très variable, tantôt réduite à de minuscules fragments thyroïdiens, tantôt constituant une tumeur du volume d'une noix : entre ces deux extrêmes peuvent s'observer tous les intermédiaires. La structure est également variable, tantôt se rapprochant du corps thyroïde normal, tantôt représentant un véritable goître lingual.

La *symptomatologie* est partiellement en rapport avec le volume de la thyroïde linguale. La petite tumeur peut être découverte par hasard ; dans des cas exceptionnels elle a pu provoquer l'obstruction du pharynx et du larynx déterminant l'asphyxie ou tout au moins une gêne prononcée de la déglutition. Elle s'accompagne quelquefois d'insuffisance thyroïdienne, réalisant alors l'aspect clinique du myxœdème infantile ; tout à fait exceptionnellement on a observé au contraire de l'hyperthyroïdisme avec symptômes de la maladie de Basedow.

Le *diagnostic* de l'affection ne paraît pas présenter de difficulté en raison du siège de la malformation au sommet du V lingual et en général, de l'âge du sujet. Toutefois Dunet, Wertheimer et Creyssel (2) ont observé des kystes congénitaux d'origine branchiale chez un sujet de 68 ans ce qui est tout à fait exceptionnel.

On peut être exposé à confondre ces formations avec les kystes de la région linguale reconnaissant diverses origines :

Kyste de la langue consécutif à une piqûre par arête de poisson (3).

Kyste de la région sublinguale (4).

Kyste dermoïde du plancher de la bouche (5).

(1) SHUGYO, *Société japonaise d'oto-rhino-laryngologie*, 1920 (Analyse in Archives internationales d'oto-laryngologie, 1922).

(2) DUNET, WERTHEIMER et CREYSSSEL, *Société de médecine de Lyon*, 1924.

(3) FALLAS *Société bruxelloise d'O. R. L.*, mai 1927.

(4) EEMAN, *Ibid.*, mars 1927.

(5) POLLOSSON et DECHAUME, *Soc. de médecine de Lyon*, février 1927.

Il existe aussi (sans parler des kystes de l'épiglotte), des kystes ou des tumeurs de la base de la langue, notamment des lipomes ou fibro-lipomes dont la teinte jaunâtre transparait quelquefois à travers la muqueuse ; dans un cas de Worms, mentionné dans une discussion à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, il y avait en même temps un noyau fibrolipomateux de la région claviculaire.

D'autre part Huc et Moulouguet ⁽¹⁾ ont observé un kyste dermoïde à contenu sébacé de la partie antérieure du cou siégeant à la face antérieure de l'os hyoïde chez une fillette de trois ans. Mouchet et Peltier ⁽²⁾ ont vu un kyste dermoïde sus-hyoïdien soulever le plancher de la bouche et refouler la langue en arrière.

Le traitement doit être évidemment envisagé de façon différente suivant qu'il s'agit de kyste ou tumeur de la région sus-hyoïdienne ou de kyste ou tumeur du foramen caecum. Dans cette dernière éventualité, la seule dont j'ai à me préoccuper ici, on a le choix suivant les cas, entre le curettage, l'ablation à l'anse ou la destruction à l'électrodiathermie. Pedro Errecart et Zuzibarreta ⁽³⁾ estiment qu'avant d'enlever une tumeur de la base de la langue, il faut s'assurer que le corps thyroïde est en place, pour ne pas s'exposer à provoquer la cachexie strumipriva ; cette précaution n'est point superflue si on se reporte à ce qui a été dit plus haut de la disparition des ébauches thyroïdiennes latérales. L'ablation à l'anse froide d'une tumeur sessile, telle que je l'ai pratiquée, est assez incomplète je crois, pour qu'il n'y ait pas à redouter ici l'apparition de l'insuffisance thyroïdienne.

La rédaction de ce bref commentaire était déjà terminée lorsque j'ai pris connaissance du travail très documenté et parfaitement illustré de Rémy-Néris ⁽⁴⁾ et de la riche bibliographie qui l'accompagne.

⁽¹⁾ HUC et MOULONGUET, *Société anatomique*, 1922.

⁽²⁾ MOUCHET et PELTIER, *Soc. anatomique*, 1922.

⁽³⁾ PEDRO ERRECART et ZUZIBARRETA, II^e Congrès espagnol des Sciences médicales, 1924 (Analyse in Archives internationales de Laryngologie, 1926).

⁽⁴⁾ RÉMY-NÉRIS, *Le tractus thyro-glosse. Embryologie topographique. Pathologie chirurgicale*, Doin, éditeur, 1929.

SUR L'EFFICACITÉ DE LA SIMPLE COMPRESSION
PAR LE DOIGT GAINÉ DE GAZE DANS LE TRAITEMENT
DE L'HÉMORRAGIE OPÉRATOIRE ET POST-OPÉRATOIRE
DE L'AMYGDALE PALATINE

Par ANDRÉ VIÉLA

Ancien Prosecteur et Chef de clinique à la Faculté de Toulouse.

Il peut sembler puéril de revenir sur une question si discutée, déjà traitée par des laryngologistes dont l'autorité fait loi, mais à laquelle la pratique opératoire de tous les jours donne parfois un regain d'actualité. Et cela d'autant mieux que le traitement que nous préconisons est, peut-être, le plus banal, le plus simple, le plus primitif : la compression digitale... Aussi bien, n'est-ce pas à un point de vue dogmatique que nous nous plaçons, mais bien sur le terrain strictement clinique. Nos réflexions nous sont dictées par les faits et ne s'appliquent qu'à eux.

Qui de nous n'a pas été inquiété, troublé parfois, devant une hémorragie a'alarmante venant compliquer, immédiatement ou secondairement, une exérèse sanglante des tonsilles palatines ? L'intensité et la nature de l'hémorragie, la nervosité du malade, la réaction émotive de l'opérateur, sont autant de facteurs qui dictent le pronostic de la complication.

Que de procédés chirurgicaux variés, préconisés contre cet accident, tous plus ou moins ingénieux et dont les moins réputés comptent assurément à leur actif de vrais sauvetages !... Mais le crédit accordé à de tels procédés, nul ne le contestera, en orientant les opérateurs vers des techniques complexes ou exigeant une instrumentation par trop spéciale, leur a bien souvent fait oublier des procédés élémentaires et même primitifs susceptibles, en dépit de leur simplicité, de mettre fin à une hémorragie inquiétante.

Nous voudrions insister simplement sur le fait suivant : *des hémorragies amygdaliennes, même si elles sont d'assez forte intensité, peuvent céder à la simple compression de la loge tonsillaire par l'index et le médius coiffés d'une compresse.*

Il y a là un fait de pratique sur lequel on n'a pas, nous semble-t-il, suffisamment insisté. La compression extemporanée de la loge qui saigne, si elle est convenablement exécutée, peut dispenser l'opérateur d'avoir recours à des gestes thérapeutiques réputés plus efficaces, mais, parfois, de réalisation plus complexe.

Nous rapporterons ici les observations suivantes.

Observation I

Amygdalotomie à la pince de Ruault. Hémorragie en jet dans le tiers inférieur de la loge amygdalienne gauche. Arrêt par la compression digitale.

M... Marie-Louise, 10 ans, de Saint-Béat. Vient nous consulter pour une hypertrophie amygdalienne bilatérale, le 12 mai 1926. Les tonsilles sont à ce point volumineuses qu'elles viennent en contact sur la ligne médiane. Elles sont rosées et ne paraissent pas congestionnées. L'enfant a un mauvais état général, manque d'appétit, respire mal, et, fréquemment, fait, au niveau de son pharynx, des poussées congestives qui entraînent un état dyspnéique parfois inquiétant. La dernière poussée remonte à deux mois et demi. Je propose l'amygdalotomie, qui est acceptée.

L'enfant est très docile. Du côté droit, je réalise, au gros morceleur de Ruault, une énucléation idéale. Je passe aussitôt au côté gauche : l'amygdale, quoique légèrement enchatonnée, est enlevée d'un seul coup ; mais, l'exérèse terminée, l'enfant crache du sang en abondance. L'examen du pharynx me montre un jet artériel de 1 à 2 millimètres de diamètre partant de la partie tout inférieure de la loge amygdalienne gauche, et venant battre contre le récessus palatin droit, après avoir traversé le pharynx obliquement. Le jet était animé de saccades synchrones avec le pouls.

J'engageai l'enfant à rester calme, l'assurant que si elle se laissait traiter avec bonne volonté, l'hémorragie ne tarderait pas à être arrêtée. Je me plaçai à sa gauche, et à l'aide de l'index gauche coiffé d'une gaze, je comprimai le segment inférieur de la loge intéressée. Cette compression, doucement réalisée, fut très bien supportée. Au bout de 10 minutes, j'examinai le pharynx : toute hémorragie avait disparu.

Je gardai l'enfant en observation pendant deux heures. L'émission sanguine ayant été négligeable parce que rapidement jugulée, je m'abstins de tout traitement hémostatique général. L'hémorragie ne reparut plus. L'enfant quitta Toulouse le 15 mai.

Observation II

Amygdalectomie totale bilatérale. Hémorragie secondaire précoce. Arrêt par compression.

(Cette observation a paru en partie dans la Thèse de M. Alquier (1)).

L. René, 16 ans, rue Gambetta, 1, Toulouse.

Nous est adressé, le 15 septembre 1926, par le Dr Laborde. Depuis l'âge de 5 ans, nombreuses poussées d'amygdalites cryptiques bilatérales ; deux phlegmons péri-amygdaliens gauches en 1924 et 1925. Bonne santé générale, à part quelques troubles hépatiques du reste mal caractérisés. Amygdales volumineuses, quelque peu enchatonnées, surtout la gauche. Le sujet étant docile, je propose l'amygdalectomie totale bilatérale, qui est acceptée.

Intervention le 17 septembre à 3 heures de l'après-midi, avec l'assistance du Dr Laborde. Anesthésie par infiltration à l'aide de la solution butelline-adréline. Amygdalectomie totale et d'une exécution très facile des deux côtés ; clivage correct de la capsule au doigt. Section des pédicules à l'anse froide. Les loges, très profondes, sont entièrement évacuées. Leur paroi est exsangue. Le malade rentre chez lui, les recommandations d'usage étant faites.

(1) *Les hémorragies post-opératoires de l'amygdale palatine non-néoplasique*, Toulouse, avril 1929

Une heure après, le père du malade me téléphone, me disant que son fils vient de vomir deux grandes cuvettes de sang, et qu'il a perdu connaissance. Je me rends aussitôt auprès du malade. Il est blafard, répond à peine aux questions, sa peau s'est couverte de sueurs froides, le pouls bat à 160. À côté du malade, se trouvent les cuvettes qui contiennent une grande quantité de sang noir. Quelques instants après mon arrivée, troisième hématomèse. Rapidement, j'examine le pharynx et je vois une hémorragie diffuse, en nappe, provenant du quart inférieur de la loge amygdalienne gauche. Je pratique aussitôt le tamponnement de la loge, à l'aide de l'index et du médius gauches coiffés d'une compresse. Le tamponnement est assez difficile à réaliser d'une façon continue : le malade est énérvé, anxieux, et son pharynx spasmodique. Au bout de 10 minutes, les spasmes déterminent une quatrième hématomèse qui me contraint à cesser momentanément la compression. Médication hémostatique générale intensive : un litre de sérum physiologique sous-cutané, 20 centimètres cubes d'huile camphrée, 4 ampoules d'hémostyl Roussel et 1 gramme de caféine en injections sous-cutanées. Je reprends le tamponnement et le continue sans difficulté pendant une demi-heure environ. Avec l'aide du Dr Laborde, nous surveillons le malade une partie de la nuit. Mon tamponnement digital, quoique interrompu dans sa réalisation, semble avoir eu raison de l'hémorragie. Plus d'hématomèse. L'état général du malade s'améliore. Le lendemain et les jours suivants, traitement de régénération sanguine par l'hémostyl. Pas de complications infectieuses. Le malade se lève au bout de 6 jours et, le 10^e jour, vient à notre cabinet nous montrer son pharynx qui est en excellent état.

En plus de ses enseignements thérapeutiques, cette observation nous a permis d'établir un fait intéressant : l'influence éventuellement fâcheuse de l'anesthésie, laquelle peut persister parfois plusieurs heures après l'intervention. « Le malade n'a jamais craché de sang avant d'avoir la première hématomèse et, à cause de l'anesthésie persistante de son pharynx, n'a pu sentir qu'il se passait quelque chose d'anormal dans ses loges amygdaliennes » (ALQUIER).

Observation III

Amygdalotomie à la pince de Ruault. Hémorragie immédiate en nappe (tiers inférieur de la loge tonsillaire droite). Arrêt par compression digitale.

M. Victor, 15 ans, 22, Avenue de Lyon, Toulouse. Registre de la Clinique O. R. L. de La Grave (service du Pr. Escat, n° 39, 153).

Vient consulter pour amygdalites congestives répétées. Les amygdales sont volumineuses ; la gauche est enchatonnée et semble, en apparence tout au moins, plus petite que la droite. Après dissection de la Plica de His, nous commençons par enlever la tonsille gauche à l'aide de la grosse pince de Ruault ; deux prises sont nécessaires, aucun incident. À droite, ablation en une seule prise ; la loge semble convenablement évidée, sauf au niveau du pôle inférieur où subsiste un fragment tonsillaire des dimensions d'un haricot. La loge saignant à ce niveau, j'enlève rapidement le fragment laissé en place, en utilisant pour cela une pince de Ruault plus petite. L'enfant continue à cracher du sang, et, comme il est assez indocile, l'examen du pharynx n'est plus très aisé. Cependant, je puis apercevoir un suintement sanguin sur le plancher de la loge tonsillaire droite. Il ne s'agit pas d'une hémorragie en jet, mais bien en nappe ; le sang vient sourdre, mélangé à des bulles d'air. Nous pouvons, à force de persuasion, obtenir du petit malade qu'il reste calme.

Compression de la zone hémorragique à l'aide de l'index coiffé d'une compresse. Au bout d'un quart d'heure, je cesse la compression. Le saignement est arrêté et, par la suite, ne récidiva pas.

Observation IV

Amygdalotomie à la pince de Ruault. Hémorragie en jet dans le quart inférieur de la loge. Arrêt par compression digitale.

C. Aimé, 20 ans, Toulouse. Registre de la Clinique O. R. L., n° 45 173.

Vient consulter à La Grave le 8 avril 1929, pour péri-amygdalites phlegmoneuses à répétition. Il a eu deux phlegmons au niveau de sa tonsille droite, un à gauche. Celui-ci remonte à 4 mois. Les amygdales sont enchatonnées, leur segment extra-vélique peu volumineux. L'amygdalectomie totale bilatérale est acceptée. Intervention 10 jours après.

Anesthésie locale par simple badigeonnage au mélange mentho-phéno-cocaïné. Je commence à gauche : section du voile avec les ciseaux courbes, recherche du plan de clivage, décollement extra-capsulaire aisé, section du pédicule à l'anse froide. A droite, dégagement laborieux du pôle supérieur, clivage impossible par suite de la présence d'adhérences inflammatoires. Je termine au morceleur de Ruault, en deux prises. Aussitôt après la résection du pôle inférieur, le malade crache du sang en abondance. Comme il est très docile, je peux aisément déterminer l'origine de l'hémorragie : dans la partie inférieure de la loge, un vaisseau « donne » un jet saccadé qui, traversant horizontalement l'oro-pharynx, vient battre contre le pilier postérieur opposé.

L'hémorragie ne cédant pas malgré quelques gargarismes glacés, je comprime le point qui saigne à l'aide de l'index droit revêtu d'une compresse. Au bout de 10 minutes, l'artère « donne » encore, mais plus faiblement. Je comprime à nouveau et, 5 minutes après, je suis heureux de constater l'arrêt de l'hémorragie. J'ai revu le malade 8 jours après, l'hémorragie n'avait pas reparu.

Observation V

Hémorragie secondaire tardive, compliquant une amygdalectomie totale bilatérale et attribuable à des badigeonnages iodés des loges tonsillaires, pratiqués immédiatement après l'intervention (1).

Sauva... Roger, 24 ans, 5, rue Tamponnières, à Toulouse.

Amygdalectomie totale bilatérale sans incidents (22 mai 1925). Immédiatement après l'intervention, badigeonnages des deux loges à la teinture d'iode dédoublée. Suites immédiates normales. Le 31 mai, crachements de sang abondants. Je constate « au niveau du tiers supérieur de la loge tonsillaire droite, un foyer hémorragique des dimensions d'une pièce de 50 centimes, d'où le sang vient sourdre en nappe ». Tamponnement à l'aide de l'index coiffé d'une compresse. L'hémorragie s'arrête au bout de 10 minutes.

En mettant à part ce dernier cas dont la qualité est peut-être un peu spéciale, nos 4 premières observations sont remarquables en ce que, dans chacune d'elles, nous retrouvons les deux caractères suivants :

1° L'hémorragie, qu'elle se produise en jet ou en nappe, siège toujours

(1) Je résume cette observation donnée à Alquier pour appuyer quelques points de sa Thèse (p. 63).

dans le segment inférieur de la loge tonsillaire. Elle est donc vraisemblablement attribuable à la section des éléments du pédicule vasculaire. En effet, nos recherches anatomiques ont localisé le hile de la tonsille dans le tiers inférieur de sa face externe ;

2^o Cette hémorragie, parfois intense (observation I), a constamment cédé à la simple compression.

D'ailleurs, pour peu que l'on y réfléchisse, il n'y a rien là que de très naturel. Une hémorragie artérielle, souvent violente, peut être, au cours d'une intervention de chirurgie générale, jugulée par une compression judicieusement réalisée. L'hémostase se fait dès que le caillot obturateur est formé. Cette condition étant remplie, le calibre du vaisseau est, dans une certaine mesure, négligeable : de grosses artères, comme l'artère rénale, ont pu être obturées par la compression convenablement réalisée ; de même, au cours d'une trépanation mastoïdienne, la blessure du sinus latéral est rarement mortelle, du moins par ses seules conséquences hémorragiques, et pourtant, dès le délabrement sinusal, le sang jaillit à flots.

Dès lors, pourquoi supposer qu'il ne peut en être de même dans le pharynx ? Celui-ci obéit à la loi commune, et l'on peut appliquer au problème qui nous intéresse les enseignements de la chirurgie générale. La possibilité d'une compression efficace trouve, en matière de chirurgie amygdalienne, un adjuvant précieux dans la forme même de la loge évidée dont la concavité recevra aisément le tampon hémostatique. Loge et tampon garderont un contact plus intime que si la loge était plane ; le tampon risquerait alors de déraiper, son adhérence serait moindre.

Ces réflexions risquent de paraître quelque peu naïves, parce qu'elles ont trait à des faits évidents. Cependant, à notre avis, on n'a pas suffisamment insisté sur la simple compression extemporanée de la loge amygdalienne. La plupart des travaux afférents à la question la citent, mais, glissant rapidement, conseillent tout de suite des gestes thérapeutiques plus complexes : suture des piliers, compression à demeure par des instruments appropriés, ligature vasculaire à la pince, sans compter que ce dernier procédé est généralement inopérant quand il s'agit d'une section artérielle tangente au fond de la loge amygdalienne.

La technique est simple. Peut-on d'ailleurs qualifier de technique spéciale ce qui n'est qu'un *modus faciendi* dénué de prétentions ?

L'hémorragie étant déclarée, nous attendons 3 à 5 minutes s'il s'agit d'hémorragie en nappe, de faible intensité, ou avisons aussitôt si le vaisseau sectionné « donne » en jet appréciable.

Le malade est assis, ses mains sont maintenues par un aide placé en face de lui, précaution indispensable s'il s'agit d'un enfant quelque peu indocile, ou d'un adulte émotif. Nous nous plaçons debout, latéralement par rapport au malade et du côté qui saigne.

Supposons que l'amygdale droite soit en cause. L'index droit seul, ou l'index et le médius droits coiffés de plusieurs épaisseurs de gaze se moulant

sur leurs extrémités, vont comprimer le segment de la loge intéressé ; la main et le bras gauches encadrent la tête et la maintiennent.

La compression doit être réalisée doucement. Il faut éviter de trop déprimer la paroi pharyngée, sinon le malade souffre, perd patience, et son pharynx devient spasmodique : autant de conditions défavorables à la formation du caillot.

Pour permettre au malade de respirer, l'opérateur plaquera ses doigts contre le côté correspondant de la voûte palatine ou contre la joue, de façon à ne pas obturer complètement l'isthme naso-pharyngien, et à laisser libre la moitié au moins du carrefour oro-pharyngien, ce qui est plus que suffisant pour assurer la respiration.

Quelle doit être la durée de la compression ? Au bout d'un quart d'heure ou 20 minutes, nous pensons que l'on peut interrompre le tamponnement et vérifier l'état de la loge. Si l'hémorragie continue, l'opérateur recommencera ou, confiant sa besogne à un aide entraîné, se reposera pour le remplacer s'il y a lieu.

Utilisera-t-on une gaze sèche ou imbibée d'un hémostatique ? Personnellement, nous utilisons la gaze sèche. Certains hémostatiques (adrénaline) sont à rejeter comme ayant un effet transitoire. D'autres (eau oxygénée) créent une effervescence gazeuse qui obstrue fâcheusement le pharynx.

Enfin, il reste entendu que la compression sera tout aussi efficace, pratiquée avec un tampon monté sur une pince. Il nous paraît cependant préférable d'utiliser le doigt qui, mieux que tout instrument, peut doser judicieusement la compression exercée sur les parties cruentées.

Telle est notre opinion actuelle sur la valeur hémostatique de la compression digitale, en matière d'hémorragie amygdalienne. Ce n'est pas seulement le fruit de notre expérience, mais aussi le reflet de la pratique et de l'enseignement de notre Maître le P^r Escat (¹).

Nous ne voulons pas dire que ce soit la méthode de choix, à laquelle il importe d'avoir recours d'une façon exclusive et constante, et nous ne saurions nier que dans des cas d'hémorragie très intense, elle puisse, à la rigueur, s'avérer inopérante. C'est alors l'occasion d'avoir recours à des méthodes de traitement plus énergiques, mais à coup sûr plus complexes.

Une seule éventualité rend difficile la réalisation de la compression digitale : l'indocilité du malade ou un nervosisme pharyngien tel que le moindre contact est suivi de spasmes intenses, interdisant toute action directe sur le point qui saigne ; mais il demeure évident que la difficulté sera la même si l'on veut appliquer un compresseur amygdalien ou suturer les piliers.

(¹) Cours de Perfectionnement, 1925.

TRAITEMENT DES SINUSITES MAXILLAIRES PAR LA VACCINOTHÉRAPIE LOCALE

Par le Dr Raymond GELY

I. — La Vaccinothérapie des Sinusites

Pour traiter les sinusites maxillaires, de nombreux auteurs français et étrangers : Delater et Worms, Reverchon, Helsmoortel junior, Goris, Zambrini, pour n'en citer que quelques-uns, ont utilisé la vaccination générale par injections sous-cutanées de corps microbiens tués, et ont publié des guérisons ou des améliorations notables.

Il n'y a rien là qui doive nous étonner. Ces faits entrent dans le cadre de l'immunisation locale. Les avantages retirés de cette ancienne méthode sont dus aux antivirus libérés par désintégration des vaccins. Attirés électivement vers les points menacés par le virus, mais encore intacts, ces antivirus ont été adsorbés par les cellules réceptives qui deviennent désormais réfractaires. D'autre part, les antivirus empêchent également la pullulation des germes nocifs.

Mais il faut attendre 15 à 20 jours et parfois davantage avant de constater une modification notable de l'écoulement comme l'écrivent Worms et Delater. Cette action tardive élimine l'effet par choc. D'autre part, nous savons que le streptocoque et le staphylocoque, germes le plus souvent rencontrés dans les infections des sinus, ne sont pas générateurs d'anticorps.

Puisqu'il s'agit d'un même mode d'action, il nous semble logique de préférer l'action immédiate, parce que directe, du filtrat vaccinant sur le tissu malade. Cette application ne s'accompagne d'aucune réaction générale ni locale ; elle ne connaît aucune contre-indication.

Avantages notables sur la vaccination sous-cutanée. Celle-ci se complique parfois d'une réaction générale ; fièvre, agitation, frissons, vomissements, phénomènes le plus souvent passagers mais qui inquiètent le malade et son entourage. La vaccination générale comporte quelques contre-indications : il y a lieu de s'abstenir ou d'être très prudent chez les tuberculeux, les cardiaques, les malades porteurs de lésions rénales.

La vaccination sous-cutanée, enfin, comporte parfois des incidents au point d'injection : douleur, rougeur, tuméfaction, même suppuration.

II. — Vaccinothérapie locale des Sinusites Maxillaires

Nous avons utilisé un filtrat vaccinal du commerce répondant par sa composition à la majorité des cas rencontrés. En l'utilisant, on peut attendre, si l'on veut être absolument rigoureux, qu'un laboratoire ait examiné les sécrétions du sinus au point de vue flore microbienne et fabriqué un filtrat d'auto-vaccin. Cette préparation demande un délai minimum de dix jours environ. Mais on aura dans ce laps de temps obtenu la guérison de bon nombre de cas.

La flore des sinusites maxillaires, si l'on s'en rapporte aux travaux bactériologiques de Cleminson pour les enfants, serait constituée surtout par du pneumocoque, puis du micrococcus catarrhalis, du bacille de l'influenza, du bacille mucosus.

Worms et Delater ont été frappés par l'importance du streptocoque dans les infections sinusales de l'adulte ; sur 14 sinusites :

9 étaient dues au streptocoque pur ;

2, à ce germe associé au staphylocoque ou au bacille diphtérimorphe ;

5, à des germes divers : pneumocoque et catarrhalis, pneumocoque et diphtérimorphe, pneumobacille, streptobacille, Pfeiffer, staphylocoque.

Le rôle prépondérant du streptocoque et du staphylocoque est à nouveau affirmé par Ross Hall Skillern qui écrivait en 1925 : « Le microbe qui occasionne la sinusite ne joue aucun rôle, car quel qu'il ait été au début, après un certain temps on ne trouve que le staphylocoque ou le streptocoque dans la sécrétion. »

D'après mon auto-observation, je dois signaler la possibilité de rencontrer le pneumocoque à l'état pur dans la flore sinusale. Dans un premier examen pratiqué par M. le Professeur Vallée d'Alfort, il fut trouvé du catarrhalis, du Pfeiffer et du pneumocoque. Des examens ultérieurs, pratiqués par M. Truche, de l'Institut Pasteur, décelèrent du pneumocoque, type n° 2 à l'état pur.

Le filtrat que nous avons utilisé correspond à une culture de :

Staphylocoques : 500 millions ;

Streptocoques : un milliard ;

Pneumocoques : un milliard ;

Bacille pyocyanique : 50 millions ; par centimètre cube de bouillon libéré de ses corps microbiens.

Le filtrat de culture de bacille pyocyanique joue ici le rôle d'un antiseptique. Il s'oppose à la pullulation d'un grand nombre de germes, propriété particulière au filtrat de pyocyanique.

Le mélange que nous avons utilisé, contenant le filtrat des cultures des microbes le plus souvent responsables des sinusites, répond à la majorité des infections sinusales de la pratique courante.

III. — Technique

On procède à un nettoyage mécanique du sinus maxillaire malade avant l'injection du bouillon-vaccin. La ponction du sinus, pratiquée par le méat inférieur, sera suivie d'un lavage à l'eau bouillie ou à l'aide du sérum physiologique. Le liquide restant dans le sinus est chassé par injection d'air avec l'énéma, et expiration par le conduit du trocart.

Il est bon de provoquer au préalable la rétraction de la muqueuse du méat moyen à l'aide de l'adrénaline, ce qui permet une évacuation plus facile du sinus.

Il faut éviter d'introduire des substances anesthésiantes dans le sinus à traiter. Les expériences de Nakagawa, en 1928, ont montré en effet que les cobayes injectés avec de la novocaïne, puis pansés à l'antivirus, ne bénéficiaient pas de l'immunité dans la même mesure que les cobayes à l'antivirus seul. Cette abolition de l'immunité est limitée à la région soumise à l'anesthésie, nouvel argument montrant que l'immunité conférée par l'antivirus est due à une réaction locale.

De plus, les substances actives des bouillons-vaccins étant des dérivés des protéines, leur application ne doit pas être précédée de celle de composés chimiques pouvant les altérer.

Les ponctions suivies d'injections vaccinales seront répétées tous les deux jours, trois jours au plus. La quantité de bouillon injectée chaque fois, à l'aide d'une seringue est d'environ 5 centimètres cubes.

Nombre des injections : Il semble qu'au bout de quatre applications le résultat doive être acquis. Si ce traitement n'a pas donné de mieux appréciable, il semble inutile de le continuer.

Ceci s'appuie sur notre faible expérience, renforcée par une communication verbale, de M. Truche, se rapportant aux applications des bouillons-vaccins pour d'autres affections : lorsque le filtrat doit réussir, c'est tout de suite ou très rapidement.

IV. — Observations

Nous rappellerons tout d'abord une observation de MM. Rebattu et Proby entre quatre autres publiées par ces auteurs en 1926. Ces observations sont relatives au traitement de l'ozène par des injections intra-sinuses de 4 centimètres cubes de vaccin, contenant par centimètre cube, 5 milliards de microbes d'Abel Lowenberg, plus de 5 milliards du mélange staphylocoque, pseudo-diphthérique, anaérobies.

Après 6 à 8 injections dans chaque sinus, renouvelées tous les deux ou trois jours, les auteurs parlent de très grande amélioration et même prononcent le mot de guérison.

Nous citons ces auteurs parce qu'ils s'attaquent en même temps aux lésions des sinus maxillaires signalées depuis très longtemps dans la rhinite atrophique. Ces observations entrent ainsi dans le cadre de la vaccinothérapie locale des sinusites.

Observation

M^{lle} Lep., 13 ans, mouche des croûtes depuis deux ans environ. Atrophie moyenne du cornet inférieur, croûtes et odeur fétide. Sinus maxillaires très sombres, surtout à droite avec disparition des croissants sous-orbitaires.

Subit huit injections intra-sinuses d'auto-vaccin contenant 5 milliards d'Abel Lowenberg et 5 milliards de staphylocoques par centimètre cube, 320 milliards dans chaque sinus. Le traitement est commencé en décembre 1924 et terminé milieu janvier.

Revue en février, en mars, en mai, les croûtes ont disparu presque complètement, l'odeur également ; l'état général s'est amélioré, l'enfant a grandi, les règles ont apparu.

Les cornets ont repris à gauche leur volume presque normal. A droite, il persiste un peu d'atrophie.

On peut prononcer pour cette malade le mot de guérison.

Observations personnelles, recueillies dans le service de M. le Docteur Grivot, à Saint-Antoine

Observation I

M^{me} Gil., 49 ans, consulte, le 23 juillet 1928. Elle est atteinte de sinusite maxillaire gauche aiguë avec fièvre à 38°, tuméfaction de la joue, jetage abondant. Ces accidents sont survenus à la suite d'une avulsion dentaire.

Le traitement par inhalations et désinfection du nez, compresses chaudes est institué.

Une radiographie ne montre pas de lésions d'ostéite. Les phénomènes aigus passés, la malade est soumise aux injections de vaccin polyvalent sous-cutané. Quatre injections à trois jours d'intervalle ne sont suivies d'aucune amélioration.

Première ponction de sinus, lavage à l'eau stérile tiède et injection de bouillon-vaccin, le 30 août. Nous pratiquons quatre ponctions à trois ou quatre jours d'intervalle avec lavage et injection consécutive de bouillon-vaccin. Chaque fois, le lavage ramène du pus et des plaquettes de caséum.

Le sixième lavage est suivi d'une injection de chlorure zinc à 1 %. Huit jours après, le lavage ramène une grosse masse de caséum. On fait une injection de bouillon-vaccin dans le sinus.

La malade, revue cinq jours après, dit avoir expulsé une autre masse de caséum le jour du dernier lavage. Elle accuse la disparition complète de tout jetage. Elle est guérie.

La malade revenue nous voir le 24 novembre est toujours en parfait état.

Observation II

M. V., 32 ans, atteint de sinusite maxillaire grippale depuis juin 1928, a été examiné en province. La cure radicale lui a été conseillée.

Consulte à Saint-Antoine, le 11 septembre 1928. La première ponction pratiquée ce jour

donne du pus liquide, ramené par un lavage à l'eau bouillie tiède. Le lavage est suivi de l'injection dans le sinus, de bouillon-vaccin polyvalent.

Trois jours après, le malade est revu. Il accuse un mieux très net. Le lavage met en évidence la présence de pus liquide dans le sinus. N'ayant pas de bouillon-vaccin à ma disposition ce jour-là, je pratique une injection de chlorure de zinc à 1 %.

A la consultation suivante, le malade se plaint d'une suppuration aussi abondante qu'avant la première ponction. Le lavage du sinus est suivi de l'injection de bouillon-vaccin dans le sinus.

Le 27 septembre, le malade accuse une disparition presque complète de tout jetage. Ponction et lavage qui ramène un bouchon de muco-pus brunâtre. La guérison peut être escomptée.

Le malade est renvoyé à un mois. Revu fin octobre, il est guéri depuis la fin de septembre. La diaphanoscopie permet de constater le retour complet à la transparence du sinus anciennement infecté.

Observation III

M. Co..., 34 ans, vu à la consultation de laryngologie de Saint-Antoine, le 3 octobre 1928, se plaint de catarrhe nasal unilatéral persistant depuis un mois. Le diagnostic de sinusite maxillaire droite est établi par l'examen clinique et une radiographie.

Est traité par ponction de sinus ; le 5 octobre, lavage et injection consécutive de bleu de méthylène.

Subit trois ponctions à intervalles variables sans résultat appréciable.

Nous prenons le malade en main le 18 octobre. Le premier lavage est très pénible. Il faut comprimer énergiquement la poire de l'énéma pour faire sortir le liquide injecté. La ponction et le lavage ramènent du pus et du muco-pus. Après le lavage, injection dans le sinus de bouillon-vaccin polyvalent. Notre deuxième lavage est aussi pénible : il est suivi également d'une injection de bouillon-vaccin dans le sinus.

Troisième lavage. Il est pratiqué après application de cocaïne dans le méat moyen, aussi est-il plus facile, mais il ramène toujours du muco-pus. Injection de bouillon-vaccin.

La quatrième fois que nous voyons le malade, il accuse une diminution du catarrhe, je pratique ponction, lavage et injection de bouillon-vaccin.

A notre cinquième lavage, le sinus est propre. La guérison annoncée par notre malade est ainsi confirmée : nous sommes le 5 novembre.

Observation IV

M^{me} X..., 28 ans, vue le 20 septembre 1928, est atteinte de sinusite maxillaire droite depuis un mois environ. Sinus obscur à la diaphanoscopie. Le lavage du sinus met en évidence la présence de pus et de muco-pus, dans le sinus. Injection intra-sinusale de bouillon-vaccin.

Deux jours après, le lavage fait sortir du sinus un bouchon de muco-pus brunâtre. La malade dit d'ailleurs qu'elle ne mouche pour ainsi dire plus.

Trois jours après, un dernier lavage ramène un tout petit bouchon de muco-pus brunâtre. La sinusite est guérie.

Observation V

M^{me} Leg..., 44 ans. Sinusite ancienne, persistante depuis neuf années environ. Consulte au milieu d'octobre pour douleurs de tête « terribles », suivant son expression. Subit une

première ponction suivie d'un lavage et d'une injection de bouillon-vaccin le 18 octobre. Ensuite, à deux ou trois jours d'intervalle, même traitement, soit six injections de bouillon-vaccin.

Dès les premières injections, la malade a ressenti un grand soulagement, mais la suppuration persiste. Est essayé alors, la malade voulant échapper à la cure radicale, une série de lavages du sinus au chlorure de zinc, ensuite quatre séances d'ionisation d'une solution de sulfate de zinc, injectée dans le sinus sans plus de succès. La malade est opérée le 28 novembre.

Observation VI

M. X..., 18 ans, atteint de sinusite maxillaire depuis deux ans, est traité par lavages de sinus, puis injection de bouillon-vaccin à deux ou trois jours d'intervalle, à cinq reprises successives, sans résultat appréciable. L'ionisation d'une solution de sulfate de zinc à l'intérieur du sinus, répétée à quatre reprises, dix minutes chaque fois, ne donnant pas de changement le malade est opéré.

V. — Analyse des Résultats obtenus

Sur nos six observations, nous avons deux guérisons complètes survenues après une ou trois injections de bouillon-vaccin.

L'observation II est particulièrement instructive.

Le mieux immédiatement ressenti après la première injection de filtrat vaccinant disparaît après une injection de chlorure de zinc au 1/100, pour réapparaître lors d'une troisième injection, celle-là réalisée avec du bouillon-vaccin.

On est autorisé à conclure que la guérison, si elle avait dû survenir par les procédés médicaux, aurait été plus tardive.

L'observation III nous donne une guérison après quatre injections de bouillon-vaccin. Je pense que la mauvaise évacuation du sinus, lors des deux premières injections, a empêché le filtrat vaccinal d'agir convenablement et en a retardé les bons effets.

La sinusite caséuse de l'observation I ne permet pas de tirer une conclusion nette.

Contre les deux sinusites anciennes datant de plusieurs années, nous avons échoué. Mais les deux autres moyens mis en œuvre pour agir chimiquement sur le processus inflammatoire n'ont pas été plus heureux.

Nous avons vu que Rebattu et Proby avaient obtenu des résultats encourageants et des guérisons en traitant par la vaccination locale des sinus, des ozéneux avec sinus lésés.

Hays, en Amérique, dit que les sinusites semblent particulièrement bien influencées par l'immunisation locale. (Il prépare des bouillon-vaccins avec les cultures provenant des sécrétions sans chercher à isoler la bactérie spécifique).

Si nous examinons maintenant ce que disent les auteurs qui ont étudié l'action de la vaccinothérapie par injections sous-cutanées, nous constatons

qu'ils n'ont jamais accusé que des résultats tardifs et incomplets. Worms et Delater disent qu'il faut attendre 15 à 20 jours et parfois davantage avant de constater une modification notable de l'écoulement. En ce qui concerne les sinusites chroniques, ils ajoutent : « Il est bien évident qu'elle ne peut assurer la guérison de ces vieilles lésions, datant de plusieurs mois ou de plusieurs années, avec muqueuse épaisse, fongueuse et polypoïde et parfois réaction osseuse. »

Baldenweck, Jacob et Moulonguet, dans leur rapport, ne sont pas plus enthousiastes. « La vaccinothérapie (sous-cutanée) ne trouve son indication principale que dans le cas où le sujet se dérobe à ces modes de traitement (lavages, opération). Elle peut leur être associée sans inconvénient et quelquefois avec avantage. »

Berkett, en Amérique, n'a obtenu de résultats par la bactériothérapie (sous-cutanée) qu'avec le concours du traitement chirurgical, et Cohendy conseille une patience de plusieurs mois, soutenue par l'application parallèle de la thérapeutique habituelle, ce qui est bien fait pour nous rendre sceptique.

VI

La vaccinothérapie locale des sinusites maxillaires, application d'une méthode thérapeutique basée sur une étude théorique et expérimentale éminemment solide, méthode ayant reçu par ailleurs de nombreuses et brillantes applications, mérite d'être employée d'emblée au début du traitement par ponctions de toute sinusite maxillaire.

Elle remplace avantageusement l'ancien traitement vaccinal sous-cutané. Elle ne présente aucune contre-indication. Elle s'avère au contraire très supérieure à la vaccinothérapie générale, quant à la rapidité de son action et à son efficacité curatrice. Le pansement à l'aide de cultures filtrées se montre, dans les cas favorables, capable d'entraîner la guérison en une à trois applications. Ce délai excessivement court correspond aux résultats expérimentaux du Professeur Besredka. Il a montré, en effet, que l'immunisation suit de très près l'emploi du produit vaccinant, lorsque le vaccin est mis au contact du tissu réceptif.

« Le pansement agit à la fois sur les microbes et sur les cellules. Il arrête la pullulation des uns, il active les fonctions défensives des autres. Il réunit les avantages du pansement antiseptique et du pansement aseptique sans en avoir les inconvénients. Il offre de plus cet avantage, qui ne se trouve dans aucun des deux, qui est d'agir d'une façon spécifique sur les cellules et sur les microbes » (Besredka).

Après son application, s'il faut se résoudre à l'opération, on peut, dans une certaine mesure, avoir obtenu une vaccination pré-opératoire des tissus intéressés lors de l'intervention.

L'emploi des bouillon-vaccins en injections intra-sinusales est tout indiqué comme adjuvant du traitement de Gordon Harkness et de Mercer,

qui réalisent un drainage permanent du sinus à l'aide d'un drain métallique courbé, introduit à travers une ouverture pratiquée dans le méat inférieur.

A côté de la vaccinothérapie curatrice des sinusites, si nous voulons envisager la vaccinothérapie locale préventive, nous dirons que, lors de coryza, les pulvérisations de bouillon-vaccin dans les fosses nasales, ainsi que cela a déjà été pratiqué, seront d'une réelle efficacité.

Lors d'effraction du sinus maxillaire au moment d'une avulsion dentaire, nous préconiserons également les pulvérisations de bouillon-vaccin polyvalent dans les fosses nasales et les applications de pansements imbibés de ce même bouillon sur la plaie gingivale, applications répétées plusieurs fois par jour.

Bibliographie

- BALDENWECK, JACOD et MOULONGUET. — Rapport à la Société française d'O. R. L., 18 juillet 1922
- CARRÈRE. — Vaccination locale dans les dacryocystites (*Bull. de la Société d'Ophthalmologie de Paris*, mars 1924).
- CLÉMINSON. — Sinusites nasales chez les enfants (*The journal of laryngology*, novembre 1921).
- COIGNET. — Considérations sur l'immunité et quelques applications des vaccins locaux (*Thèse de Paris*, 1925).
- DELATER et REVERCHON. — De l'auto-vaccination en oto-rhino-laryngologie (*Congrès d'O. R. L.*, août 1922).
- GOLDENBERG. — De l'immunisation locale dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire (*C. R. Biol.*, 9 juin 1925).
- GORIS CARLOS. — Cinq cas de sinusites purulentes frontales et maxillaires soignées par les vaccins (*Annales de l'Inst. chirurg. de Bruxelles*, 1926).
- JACQUES. — Essai de traitement vaccinothérapique de l'ozène (*Annales des maladies de l'oreille*, 1924).
- JINDRA. — Vaccinothérapie en oto-rhino-laryngologie (*II^e Congrès de la Société tchécoslovaque d'O. R.*, Prague, mai 1923).
- HAYS (H.). — The local administration of bacterial vaccines in the treatment of subacute and chronic nasal sinus conditions (*Laryngoscope*, Saint-Louis, 1926).
- REBATTU, LANGERON et PROBY. — Vaccinothérapie locale dans l'ozène (*Soc. Méd. des Hôp.*, Lyon, 1923).
- REBATTU, LANGERON et PROBY. — La vaccination locale de l'ozène et en particulier la vaccination maxillaire intra-sinusale (*Arch. internationales de laryngologie*, Paris, 1926).
- REBATTU et PROBY. — La vaccination de l'ozène (*Revue française de dermat. et vénér.*, Paris, 1926).
- WORMS et MANOUSSAKIS. — Traitement de la rhinite ozéneuse par les bouillons-vaccins associés au sérum antigangréneux (*Annales des maladies de l'oreille*, 1925).
-

A PROPOS DE SURDITÉ PROFESSIONNELLE

Par les Drs GUNS et HEYMANN

(Louvain)

Depuis longtemps déjà on a étudié la question des surdités professionnelles. C'est surtout Habermann (1) qui a étudié les lésions de l'oreille dans les surdités consécutives à des travaux bruyants, chez des sujets soumis durant de longues années à l'audition de sons de hautes tonalités. Il n'est pas sans intérêt de rapporter ici les résultats de sa première autopsie. Elle concernait un chaudronnier de 75 ans ; qui avait présenté une surdité prononcée avec abaissement considérable de la limite supérieure des sons. Au premier tour de la spire du limaçon, le microscope décela une disparition totale de l'organe de Corti et de la membrane basilaire. Il y avait en outre de l'atrophie des fibres nerveuses de la lame spirale osseuse. Les autres tours de spire présentaient aussi des lésions, mais de beaucoup moindre importance.

Habermann continuant ses recherches publia en 1906 (2) le résultat de ses observations portant sur 107 cas de surdité professionnelle avec examen histologique chez 10 d'entre eux.

Dans 36 de ces derniers cas, il trouve en même temps qu'un abaissement de la limite supérieure des sons, une élévation de la limite inférieure ; montrant par là une lésion de l'appareil de réception et aussi de l'appareil de transmission.

L'examen histologique montrait une lésion de l'organe de Corti et des fibres nerveuses au niveau de l'union de premier et second tour de spire. Il en conclut, dit Bonain (3), que l'action prolongée des sons aigus, d'intensité marquée, se fait sentir de façon prépondérante sur les cellules sensorielles et que par suite, il s'établit une dégénérescence ascendante de terminaisons du nerf cochléaire.

Sur ces dires les expérimentateurs ne restèrent pas en arrière. Aussi cherchèrent-ils si l'audition prolongée de sons aigus pouvait être la cause de ces altérations intéressant le premier tour de la spire cochléaire et surtout l'union du premier tour et du second tour.

D'autres chercheurs détruisirent un endroit précis de l'appareil de Corti et cherchèrent le genre de surdité que cette lésion occasionnait. Stépanoff (4) détruisit le sommet des limaçons chez le cobaye et il ne put constater aucune diminution sensible de la perception des sons aigus ou graves.

Corradi (5) reprit ces expériences mais rechercha lui, si la destruction de certaines zones du limaçon ne produisait pas une anomalie dans l'échelle tonale. Il ne parvint pas à mettre cette chose en évidence sur trente-deux animaux.

Wittmach (6) de Hambourg pratiqua aussi des expériences de traumatismes sonores de l'oreille surtout sur les souris dansantes du Japon.

Il trouve que des bruits intenses, de courte durée, souvent renouvelés, déterminent une dégénérescence de l'organe de Corti et du nerf cochléaire. En outre, des bruits très intenses et de courte durée, perçus quelquefois n'ont produit qu'une altération légère des éléments cellulaires de l'organe de Corti. Les sons aigus produits par un même sifflet déterminèrent toujours des altérations identiques, à l'union du premier et du second tour de spire du limaçon.

Max (7) expérimenta dans les mêmes conditions et fit aussi les mêmes constatations. Jamais les organes vestibulaires ne présentèrent la moindre modification.

Siebenmann et Yoshii (8) expérimentèrent, eux, avec des sons simples et découvrirent une lésion du limaçon dans des zones bien caractérisées.

De toutes ces constatations nous pouvons donc conclure qu'il existe manifestement des lésions dans l'oreille interne et que l'existence des surdités professionnelles est indubitable.

Ayant été placé dans des conditions qui nous permettaient d'étudier un genre particulier de surdité professionnelle, nous avons pratiqué sur 25 sujets les courbes auditives suivant la méthode d'Escat (9) et nous avons essayé d'en tirer quelques conclusions.

Les sujets chez qui nous avons pu pratiquer ces épreuves sont des ouvriers qui travaillent dans un atelier de chaudronnerie des chemins de fer.

Nous les avons divisés en deux catégories. Dans la première nous comprenons les ouvriers chaudronniers qui travaillent aux tenders des locomotives soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Le bruit qu'on entend dans cet atelier est tellement assourdissant qu'on a peine à rester à cet endroit.

Le second groupe de courbe comprendra les ouvriers travaillant à l'atelier de montage. Ce sont des ajusteurs, et des monteurs. Dans cet atelier le bruit est beaucoup moindre.

Protocoles d'expériences ⁽¹⁾

GROUPE I. — Chaudronniers

Cas I. — M. J., 59 ans

Durée de service : 30 ans.

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber à droite	
+	Rinne	+
+	Bonnier	
0/100	Montre aérienne	0/100
0/100	Montre osseuse	0/100
10/60	Diapasons 32 v. d.	50/60
15/60	64 v. d.	10/60
15/60	128	10/60
28/60	256	24/60
35/60	435	28/60
35/60	512	30/60
23/60	1.024	15/60
10/60	2.048	5/60
8/60	4.096	3/60
5/60	8.192	0/60
Sur élevée	limite supérieure	Sur élevée
a'aisée	— inférieure	at aissée

(1) Il est entendu que pour tous nos cas l'examen otoscopique a décelé des tympanes parfaitement normaux.

+ = positif. — = négatif. La flèche indique la direction vers laquelle le malade latéralise le son.

Cas II. — G. B., 56 ans

Durée de service : 42 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber à gauche	
+	Rinne	+
0/100	Montre aérienne	2/100
0/100	Montre osseuse	0/100
10	32 v. d.	15
20	64	25
20	128	30
25	256	38
28	435	38
30	512	40
20	1.024	25
8	2.048	10
3	4.096	5
0	8.192	0

Cas III. — D. L., 50 ans

Durée de service : 30 ans.

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
25/100	Montre aérienne	10/100
+	Montre osseuse	+
12	32	8
12	64	9
15	128	10
25	256	15
30	435	25
30	512	23
20	1.024	15
10	2.048	8
8	4.096	5
6	8.192	4
+	16.384	±

Cas IV. — V. J., 32 ans

Durée de service : 10 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
25/100	m. a.	25/100
+	m. o.	+
10	32 v. d.	5
20	64	15
15	128	10
32	256	15
40	435	20
40	512	20
30	1.024	18
16	2.048	15
16	4.096	13
15	8.192	10
+	16.384	+
+	32.758	+

Cas V. — C. J., 53 ans

Durée de service : 24 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
0/100	m. a.	5/100
0/100	m. o.	0/100
8	32 v. d.	10
10	64	15
15	128	20
18	256	30
20	435	33
20	515	35
15	1.024	25
10	2.048	15
6	4.096	10
3	8.192	8
—	16.384	+

Cas VI. — G. L., 36 ans

Durée de service : 6 ans.

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber à droite	
+	Rinne	+
40/100	m. a.	30/100
++	m. o.	++
12	32	10
22	64	20
30	128	25
41	256	31
47	435	34
50	512	35
30	1.024	22
13	2.048	10
10	4.096	7
5	8.192	7
+	16.384	+
+	32.768	+

Cas VII. D. J., 50 ans

Durée de service : 35 ans.

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
—	m. a.	—
—	m. o.	—
5	32 v. d.	7
23	64	28
20	128	25
25	256	30
30	435	35
30	512	35
20	1.024	24
8	2.048	10
5	4.096	7
3	8.192	4
—	16.384	—

Cas VIII. — E. A., 57 ans

Durée de service : 20 ans.

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber à droite	
+	Rinne	+
5/100	m. a.	0/100
—	m. o.	—
10	32 v. b.	5
15	64	5
22	128	17
24	256	14
25	435	15
25	512	15
17	1.024	10
12	2.048	5
10	4.096	3
+	8.192	
—	16.384	—

Cas IX. — O. T., 48 ans

Durée de service : 35 ans.

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
30/100	m. a.	20/100
0	m. o.	0
13	32 v. d.	10
25	64	20
25	128	20
31	256	29
43	435	35
43	512	35
29	1.024	23
10	2.048	5
8	4.096	3
—	8.192	++

Cas X. — S. F., 47 ans

Durée de service : 32 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber à droite	
+	Rinne	+
60/100	m. a.	0/100
+	m. o.	—
5	32 v. d.	0
6	64	2
10	128	5
10	256	6
24	435	12
24	512	12
18	1.024	5
8	2.048	3
8	4.096	3
++	8.192	+

Cas XI. — B. J. B., 45 ans

Durée de service : 10 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber à droite	
+	Rinne	+
25/100	m. a.	5/100
+	m. o.	—
13	32 v. d.	20
20	64	22
17	128	20
25	256	30
32	435	34
32	512	34
23	1.024	26
12	2.048	15
9	4.046	12
8	8.192	10
+	16.384	+
+	32.768	+

Cas XII. — S. F., 43 ans

Durée de service : 23 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber	
+	Rinne	+
5/100	m. a.	5/100
—	m. o.	—
10	32 v. d.	8
18	64	15
20	128	15
35	256	28
45	435	38
48	512	40
36	1.024	28
18	2.048	15
15	4.096	13
14	8.192	12
++	16.384	++
+	32.768	+

Cas XIII. — V. P., 44 ans

Durée de service : 2 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
40/100	m. a.	30/100
++	m. o.	+
15	32 v. d.	10
20	64	15
23	128	20
35	256	30
40	435	38
42	512	40
33	1.024	30
21	2.048	19
+	4.096	+
+	9.192	+

Cas XIV. — V. F., 36 ans

Durée de service : depuis 16 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
?	Rinne	?
5/100	m. a.	10/100
+	m. o.	+
2	32 v. d.	3
2	64	3
8	128	10
10	256	17
10	435	20
10	512	20
10	1.024	18
8	2.048	15
+	4.096	+
+	9.192	+

Cas XV. — V. A., 37 ans

Durée de service : 19 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
60/100	m. a.	60/100
+	m. o.	+
20	32 v. d.	15
25	64	20
23	128	20
37	256	37
45	435	43
43	512	43
32	1.024	27
12	2.048	10
+	8.192	+

Cas XVI. — J. B., 44 ans

Durée de service : depuis 14 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
—	Rinne	+
0/100	m. a.	10/100
—	m. o.	—
0	32 v. d.	7
3	64	20
5	128	27
7	256	34
10	435	35
10	512	35
8	1.024	20
5	2.048	20
+	4.096	++
—	8.192	+

Cas XVII. — N. E., 51 ans

Durée de service : 30 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber indéterminé	
+	Rinne	+
5/100	m. a.	0/100
+	m. o.	—
5	32 v. d.	2
10	64	7
20	128	15
26	256	20
32	435	25
32	512	25
22	1.024	16
10	2.048	7
++	4.096	++
+	8.192	+

Conclusions

De l'analyse de ces différentes courbes nous pouvons donc conclure :

1° Dans 65 % des cas de surdité professionnelle, nous constatons que la limite supérieure des sons est abaissée. En effet, dans nos courbes actuelles nous remarquons que 11 cas sur 17 ont la ligne supérieure abaissée. Les 6 cas (cas 4, 6, 11, 13, 14, 15) n'ont pas leur limite supérieure abaissée mais si nous examinons de près les histoires des malades nous voyons de suite la raison de cette différence. En effet, jetons un regard sur le tableau qui suit et nous verrons que les cas exceptionnels sont justement ceux qui ne travaillent pas encore aussi longtemps dans la chaudronnerie. Ce simple fait explique la raison d'être de ce défaut dans la chute de la limite supérieure.

Cas	Temps de service dans la chaudronnerie	Age	Cas	Temps de service dans la chaudronnerie	Age
1	30 ans	59 ans	10	32 ans	47 ans
2	42 »	56 »	11	10 »	45 »
3	30 »	50 »	12	23 »	43 »
4	10 »	32 »	13	2 »	44 »
5	24 »	53 »	14	16 »	36 »
6	6 »	36 »	15	19 »	37 »
7	35 »	50 »	16	14 »	44 »
8	20 »	57 »	17	30 »	51 »
9	35 »	48 »			

Un autre argument qui découle de l'observation du précédent tableau, c'est surtout que dans la surdité professionnelle, l'âge du sujet peut également entrer en ligne de compte comme facteur morbide.

L'organe auditif d'un homme jeune est beaucoup plus résistant à un excitant quelconque qu'un organe d'un âge plus avancé. Nous voyons en effet que si les sujets dont la limite supérieure est abaissée sont justement ceux qui ont travaillé le moins longtemps dans le bruit, ce sont également ceux qui sont le moins âgés.

2° Dans les courbes que nous vous présentons il y a pourtant une surélévation de la limite inférieure des sons ; ce qui semble prouver qu'il y a lésion concomitante des organes de transmission.

3° La courbe prend dans tous les cas la même forme. C'est-à-dire qu'il y a plus ou moins bonne conservation de la zone du langage articulé. Si nous mettons cela en valeur mathématique nous dirions que dans presque tous les cas le sujet a conservé la moitié de la valeur de son organe auditif pour la zone de conversation ou du médium tonal. Après cette période on remarque une phase de chute en lyse vers la zone hypersensible.

Mais dira-t-on, peut-on être certain de la valeur des courbes ?

Présentée comme courbes de surdité professionnelles ne sont-elles pas simplement la représentation d'une surdité acquise n'ayant aucune relation avec le métier du sujet ?

Nous pouvons répondre catégoriquement que ces courbes sont bien dans leurs grandes lignes la représentation de la surdité acquise par l'exercice de la profession.

En effet. Avant de les entreprendre nous avons examiné les sujets au point de vue écoulement d'oreille, catarrhe tubaire, et autres causes (otitique ou périotique) de surdité.

En second lieu, nous avons recherché la courbe auditive de plusieurs sujets normaux placés à l'intérieur de l'atelier et dans les mêmes conditions que l'ouvrier atteint de surdité professionnelle.

Si, sur ces sujets normaux nous prenons la courbe auditive nous remarquons qu'elle équivaut à peu près à celle des surdités professionnelles moyennes et que les courbes se superposent à peu près. Il y a une différence, c'est que chez l'ouvrier cette courbe de surdité est permanente tandis que chez le sujet normal, qui ne reste pas longtemps dans le bruit, cette surdité est transitoire.

De ceci, nous pouvons donc conclure qu'il faut peu de temps aux organes auditifs sensoriels pour être touchés par des excitants violents, tels que le bruit de chaudronnerie et réagir par l'apparition d'une surdité de type professionnel mais nous devons admettre que cette excitation doit être répétée pendant un certain temps pour que cette surdité soit permanente.

GROUPE II. — Atelier de montage

Si nous passons maintenant à l'étude des courbes de l'atelier de montage, c'est-à-dire là où le bruit est fort mais non violent, nous constatons qu'ici

la zone hypersensible n'est jamais atteinte. De plus, la limite inférieure est presque normale. Mais par contre, c'est la zone du langage articulé qui est de nouveau la mieux conservée.

L'ensemble de la courbe, a la même allure que l'allure des courbes du groupe I, mais la capacité auditive est plus grande.

Protocoles

Cas I. — L. J. B., 35 ans

Durée de service : 6 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
60/100	Montre aérienne	20/100
+	Montre osseuse	—
15	32 v. d.	20
18	64	25
18	128	25
36	256	45
52	435	57
52	512	57
38	1.024	42
20	2.048	25
18	4.096	21
18	8.192	21
+	16.384	+

Cas II. — W. P., 34 ans

Durée de service : 12 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
40/100	Montre aérienne	100/100
—	Montre osseuse	+
20	32	30
35	64	45
35	128	45
45	256	53
50	435	58
50	512	58
35	1.024	40
20	2.048	25
15	4.096	18
15	8.192	17
+	16.384	+

Cas III. — P. B., 40 ans

Durée de service : 25 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber	→
+	Rinne	+
70/100	Montre aérienne	70/100
+	Montre osseuse	+
16	32	10
25	64	20
35	128	30
43	256	38
50	435	45
50	512	45
35	1.024	32
21	2.048	18
16	4.096	15
16	8.192	14
+	16.384	+

Cas IV. — D. G., 40 ans

Durée de service : 25 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
←	Weber à gauche	
+	Rinne	+
20/100	Montre aérienne	80/100
+	Montre osseuse	+
3	32	7
5	64	12
10	128	15
12	256	22
15	435	28
15	512	28
13	1.024	22
10	2.048	15
8	4.096	10
+	8.192	+
+	1.384	+

Cas V. — D. C., 28 ans

Durée de service : 11 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber indéterminé	
+	Rinne	+
100/100	m. a.	100/100
+	m. o.	+
18	32	24
32	64	35
25	128	30
45	256	50
55	435	60
55	512	60
40	1.024	45
18	2.048	20
16	4.096	18
15	8.192	18
+	16.384	+

Cas VI. — S. V., 48 ans

Durée de service : 30 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber à droite	
+	Rinne	+
4/100	m. a.	3/100
+	m. o.	0
15	32	10
30	64	25
30	128	23
50	256	40
55	512	50
40	1.024	35
20	2.048	18
15	4.096	13
12	8.192	10
+	16.384	+

Cas VII. — M. V., 38 ans

Durée de service : 23 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber indéterminé	
+	Rinne	+
80/100	m. a.	30/100
+	m. o.	—
20	32	15
30	64	24
25	128	20
40	256	35
55	512	48
40	1.024	34
23	2.048	18
19	4.096	15
19	8.192	15
+	16.384	+

Cas VIII. — D. H., 51 ans

Durée de service : 35 ans

O. D.	Épreuves	O. G.
	Weber indéterminé	
+	Rinne	+
10/100	m. a.	80/100
—	m. o.	+
23	32	25
22	64	25
25	128	30
34	256	42
40	435	50
48	512	55
30	1.024	36
15	2.048	18
13	4.096	15
12	8.192	15
+	16.384	+

Conglusion générales

De tout ceci nous pouvons donc conclure qu'il existe une surdité professionnelle due à des lésions bien caractéristiques de l'organe auditif et qui est provoquée par un traumatisme sonore répété.

Cette surdité est bien due au traumatisme sonore comme cela est prouvé par l'épreuve aux diapasons pratiquée chez des sujets normaux dans un milieu bruyant.

En outre, il y a un genre variable de courbe de surdité professionnelle suivant la nature et l'intensité du bruit créant la surdité. C'est ainsi que la surdité des chaudronniers est plus forte que celle des derniers travaillant au montage des pièces ; quoique l'allure générale de la courbe soit semblable.

Enfin il semble que dans les surdités professionnelles et c'est le cas pour celles que nous avons ici envisagées, c'est la zone du langage articulé qui soit la plus protégée contre les traumatismes sonores.

*Travail du laboratoire de physiologie des organes des sens
de l'Université Louvain.*

Bibliographie

- (1) HABERMANN. — *Arch. fur Ohr.*, Bd. XXX, 1890.
 - (2) HABERMANN. — *Arch. fur Ohr.*, Bd. LXIX, p. 106.
 - (3) BONAIN. — *Soc. franç. O. R. L.*, rapport 1925.
 - (4) STEPANOFF. — *Politzer Leerb.*, p. 515.
 - (5) CORRADI. — *Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1896.
 - (6) WITTMACK. — *Zeitsch fur Ohr.*, Bd. L, 1908.
 - (7) MAX. — *Congrès d'Heidelberg*, juin 1908.
 - (8) SIEBENMANN et YOSHII. — *Zeitsch fur Ohr.*, Bd. LVIII, 1909.
 - (9) ESCAT. — *Technique O. R. L.*, Doin, Paris.
-

L'AMYGDALECTOMIE TOTALE PAR LE PROCÉDÉ DE SLUDER-BALLENGER

Par **GEORGES CANUYT**

(Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg).

L'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger est une opération qui m'a donné de telles satisfactions que je crois utile d'attirer l'attention sur ce procédé.

Il n'est pas dans mes intentions, d'étudier le problème de l'amygdalectomie totale, ses indications, ses contre-indications, la préparation et l'examen du malade, etc, je désire simplement décrire la technique opératoire de l'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger et montrer ses avantages.

Anesthésie :

Cette opération peut être pratiquée :

1^o Sous anesthésie générale avec le chlorure d'éthyle, avec l'éther, avec l'ivresse éthérée, etc...

2^o Sous anesthésie locale et régionale. Nous avons décrit la technique de l'anesthésie locale pour l'ablation totale des amygdales dans notre livre sur ce sujet ⁽¹⁾ et dans diverses publications.

3^o Sans anesthésie ou avec une simple anesthésie locale légère par imbibition chez les jeunes enfants.

L'Instrumentation :

1^o *L'instrumentation de Sluder-Ballenger.* — C'est une guillotine avec la différence que si l'amygdale doit pénétrer dans la fenêtre ovale ou oblongue, comme dans une véritable guillotine, la lame ne doit pas couper ni trancher, mais permettre d'étrangler et de serrer solidement la glande palatine pour l'énucléer de force, comme nous l'expliquerons tout à l'heure. La guillotine est de Sluder. La poignée a été modifiée par Ballenger. Primitivement elle était en forme de tige. Ballenger l'a remplacée par une poignée rappelant celle d'un manche universel.

2^o *Un ouvre-bouche automatique* de Whitehead ou celui mieux adapté de Delacroix.

(1) G. CANUYT et J. JOUBLOT, *L'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie*, un livre de 227 pages et 98 figures chez Masson, éditeur, 1930.

Position :

Les enfants sont opérés en position assise, exactement dans la même situation que pour l'ablation des végétations adénoïdes. Les adultes sont opérés assis, lorsqu'on emploie l'anesthésie locale et régionale, de la même manière que pour l'amygdalectomie totale avec l'anse.

Lorsqu'on a recours à l'anesthésie générale, il y a avantage à employer la position couchée sur la table d'opération, la tête et le buste fortement relevés. En somme c'est une position demi-assise.

Technique opératoire :

Dans un article récent du *Journal Belge d'Oto-Rhino-Laryngologie* intitulé : « L'amygdalectomie idéale totale par le procédé de Sluder-Ballenger », le Dr Vandershueren de Grammont a traité d'une manière parfaite la question. Je ferai de larges emprunts à cette monographie et je prie le lecteur de s'y rapporter. Dans les lignes qui vont suivre je vais décrire seulement les points essentiels de la méthode.

Principe formulé par Sluder : « L'essentiel et la caractéristique de la méthode consistent en ce que l'amygdale est attirée complètement hors de sa loge normale, dans la direction en haut et en avant et qu'alors on met à profit une particularité anatomique de la mandibule comme point favorable : une éminence circonscrite au-dessus de la ligne mylo-hyoïdienne au niveau de la dernière molaire. »

Ces quelques lignes, dit Vandershueren, renferment les trois principes de la méthode : la mobilité passive de l'amygdale sur le latéro-pharynx, le relief de la mandibule contre lequel l'amygdale sera fixée, enfin la possibilité de faire entrer l'amygdale dans la fenêtre d'une guillotine.

Voici les trois temps opératoires : l'ouvre-bouche ayant été placé nous conseillons de commencer par l'extirpation de l'amygdale gauche.

1^{er} temps. — L'instrument de Sluder-Ballenger est introduit en arrière et en-dessous de l'amygdale. Le pôle inférieur étant bien engagé dans la fenêtre, on soulève fortement l'amygdale *en haut et en avant* en la faisant bomber sous le pilier antérieur ? Il faut apercevoir la saillie de l'amygdale à travers le pilier antérieur pour commencer le deuxième temps. Dans les cas difficiles ou les amygdales sont enchâtonnées, intravéliques, adhérentes, ou ont été déjà enlevées partiellement, le procédé de Sluder-Ballenger peut présenter quelques difficultés. Il faut arriver néanmoins à accrocher l'amygdale et à la faire passer dans la fenêtre de l'instrument en plaçant l'extrémité distale du Sluder contre le pilier postérieur et en appuyant solidement sur la commissure buccale du côté opposé.

2^e temps. — L'amygdale étant coincée contre l'éminence alvéolaire de la surface interne du maxillaire inférieur, l'index libre de la main droite (si l'on opère l'amygdale gauche) masse l'amygdale et la fait pénétrer par des pressions répétées *de dehors en dedans* (Vandershueren) dans l'ouverture de la guillotine. Lorsque l'opérateur a la sensation que la glande est bien en-

gagée, il ferme la fenêtre en passant avec soin derrière le pilier antérieur, sans le blesser et il serre avec force de manière à étrangler l'amygdale et à réduire le plus possible ses attaches avec la loge amygdalienne.

3^e temps. — La main gauche tenant l'instrument serré de toutes ses forces, l'index droit recourbé en crochet vient coiffer le bord supérieur de la guillotine et détache de haut en bas l'amygdale ainsi que sa capsule de la loge amygdalienne. Pendant ce troisième temps, chez les débutants, la main gauche risque de lâcher un peu prise alors qu'il faut au contraire serrer, je le répète, de toutes ses forces, pour que l'instrument reste bien fermé. La main gauche tire fortement sur la poignée du Sluder, tandis que l'index droit détache progressivement l'amygdale de sa loge.

Si, comme nous l'avons recommandé, on commence par l'ablation de l'amygdale gauche, il faut immédiatement et sans délai enlever l'amygdale droite afin de travailler avant que l'hémorragie du côté gauche ne soit devenue gênante.

Durée de l'intervention. — Les virtuoses font cette opération en quelques secondes. Si nous considérons par contre la moyenne des opérateurs, on peut affirmer que l'amygdalectomie totale bilatérale dure 15 à 20 secondes dans les cas faciles et ne dépasse pas 30 à 40 secondes dans les cas difficiles. C'est cette rapidité extraordinaire de l'opération, qui, à mon sens, constitue un des grands avantages de ce procédé surtout chez l'enfant.

Résultat. — Lorsque l'opération a été exécutée correctement, les deux loges amygdaliennes sont vides et dans le plateau, on constate la présence de deux amygdales enlevées dans leur totalité avec la capsule.

Les suites opératoires sont celles de l'amygdalectomie totale en général et ne présentent rien de particulier.

Le procédé de Sluder-Ballenger est une opération extrêmement rapide. Elle donne toute sécurité, car elle éloigne les instruments des zones dangereuses, en l'obligeant à acculer l'amygdale en haut et en avant contre le maxillaire inférieur. C'est une opération complète. Elle réalise une amygdalectomie totale parfaite. Elle mériterait donc bien le nom d'idéale que lui a donné Vandershueren si elle était facile. Malheureusement, il faut le reconnaître, pour exécuter cette opération correctement et la réussir d'une manière régulière, il faut une véritable éducation. La durée de cet apprentissage, est toujours longue, mais varie, bien entendu, suivant les qualités naturelles d'adresse et d'habileté de chacun. Sluder reconnaît avoir eu des difficultés pendant sept ans. Ballenger n'obtenait de bons résultats que dans 70 à 72 % des cas. Actuellement, l'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger est pratiqué couramment aux États-Unis. Au Brésil cette opération est très en vogue et les laryngologistes opèrent « à la Bérésillienne », par énucléation instrumentale, c'est-à-dire sans mettre le doigt dans la bouche. Il y a deux ans, un médecin brésilien est venu faire une démonstration dans notre service et a eu même l'amabilité de nous offrir l'instrumentation. A Vienne cette instrumentation est la méthode de choix dans la clinique de Chiari. A Madrid, nous l'avons vu exécutée chez les frères Hinojar.

En France, le procédé de Sluder est peu employé. C'est Reverchon de Lille qui, l'ayant utilisé avant nous, a attiré notre attention sur les avantages de l'amygdalectomie totale faite au Sluder. En Belgique, Hicquet, Blondiau et bien d'autres sont des adeptes fervents du procédé, mais c'est Vandershueren qui l'a vulgarisé chez nos confrères belges. Vandershueren pratique cette opération depuis 1912. C'est lui qui nous l'a montrée et nous l'a enseignée. Nous avons opéré sous sa direction à Grammont. Depuis cette époque, nous avons systématiquement, à peu près tous les jours, fait une ou deux amygdalectomies totales et ce n'est que maintenant que la réussite commence à couronner nos efforts. Dans la vie il ne faut pas craindre d'apprendre ce que veulent bien nous enseigner les autres : L'amygdalectomie totale doit être enseignée par un bon « Sludériseur ». Au début, il ne faut pas se laisser décourager par les difficultés et même les échecs, car ceux qui auront la volonté d'acquérir la technique de l'amygdalectomie totale par la méthode de Sluder-Ballenger seront récompensés.

Voici en effet ma conclusion : « Quand on a bien appris ce procédé et qu'on commence à le réussir, on ne peut plus s'en passer. »

COMMENT EXPLORER LA CAISSE DU NOURRISSON ?

(A propos de 2.000 ponctions d'auteurs Canadiens)

Par LEROUX-ROBERT (de Paris)

On sait de quels échos retentit le cri d'alarme poussé en 1921 par Maurice Renaud, médecin des Hôpitaux, à propos de l'otite des nourrissons. Les spécialités ne furent pas les derniers à accourir pour défendre leur patrimoine (Leroux-Robert ⁽¹⁾, R. Rendu ⁽²⁾) et les auteurs d'un intéressant rapport : Le Mée, André Bloch et Cazejust ⁽³⁾.

Deux armes s'affrontèrent pour trancher le diagnostic d'une affection redoutable et si souvent latente. l'aiguille à paracentèse et l'aiguille à ponction.

Les pionniers de la première heure furent les défenseurs de la ponction exploratrice, faite à l'aide d'une seringue de Pravaz, le vide à la main. Un referendum sembla cependant rallier une forte majorité autour de la paracentèse, arme habituelle des otologistes, et la ponction exploratrice quelque peu malmenée sembla définitivement vaincue par le plus grand nombre des signataires, sinon par le poids des arguments. Ne nous paraît-il pas indispensable pour choisir entre deux méthodes, de les avoir employé toutes les deux !

Du Canada, deux voix nous parviennent, lointaines mais fortes puisqu'il s'agit de celles de deux collaborateurs qui font autorité : Philippe Panneton, chef du service d'Oto-rhino-laryngologie et Daniel Longpré, chef du service des nourrissons à la crèche d'Youville, à Liesse, près Montréal.

« Après 3 ans de travail, dans une institution de plus de 700 lits pour enfants de moins de deux ans, après plus de 2.000 ponctions exploratrices, après plus de 200 trépanations mastoïdiennes indiquées par elle », ils nous adressent le fruit d'une expérience indiscutable. Leur statistique est d'un poids considérable en faveur de la ponction exploratrice que nous n'avons jamais cessé de préconiser ⁽⁴⁾.

(1) LEROUX-ROBERT, Otite du nourrisson et du nouveau né. Pathogénie. Prophylaxie (*Presse Médicale*, 17 décembre 1921).

(2) ROBERT RENDU, Otite moyenne purulente latente du nourrisson (*Congrès internat. d'otologie*, Paris, juillet 1922).

(3) LE MÉE, A. BLOCH, et CAZEJUST, Otites latentes chez l'enfant (*Rapport Société Française O. R. L.*, 1925).

(4) P. PANNETON et D. LONGPRÉ, De l'importance primordiale de la ponction exploratrice de l'oreille moyenne chez le nourrisson (*Annales des maladies de l'oreille*, septembre 1929).

Pourquoi, avec Rendu, Higguet (de Bruxelles) avons-nous combattu pour la ponction ?

Disons d'abord les reproches qu'on lui oppose. Les auteurs qui militent contre la ponction objectent que la ponction peut créer une otite qui n'existe pas, que l'aiguille, risque de blesser la paroi interne de la caisse, qu'enfin l'aiguille lancéolée à paracentèse présente cet avantage de transformer le moyen explorateur en moyen thérapeutique.

Avec les auteurs favorables à la ponction nous leur répondrons que : La ponction exploratrice doit être nettement séparée et ne doit pas être confondue avec la ponction thérapeutique pour laquelle la paracentèse conserve tous ses droits.

Nous avons fait établir une aiguille coudée, à angle obtus, puis un deuxième modèle coudé en baïonnette, qui donne une visibilité parfaite. Un curseur permet de *limiter la ponction au dixième de millimètre près*. La ponction exploratrice, à l'aide de cette aiguille fait courir au petit malade, beaucoup moins de risque que l'aiguille lancéolée, dont la limitation est impossible et qui doit pénétrer, dans la caisse, de plusieurs millimètres pour former une incision linéaire. Cette exploration, à l'aiguille lancéolée, crée donc une solution de continuité assez étendue et est suivie d'un écoulement de sang. En cas d'otite reconnue, ce sang se mélange au pus de la caisse qu'on recueille alors difficilement s'il est réduit à quelques gouttes.

Avec l'aiguille de la seringue, au contraire, la solution de continuité est pour ainsi dire nulle, et *ne risque pas de créer une otite qui n'existe pas*. Il n'y a aucun écoulement de sang. *On peut recueillir les quelques gouttes d'une sécrétion même minimée de la caisse*. Et cela aseptiquement pour un *examen extemporané*, une *culture* ou une *inoculation au cobaye*.

Nous désirons cependant faire quelques remarques au sujet de l'article de nos confrères canadiens, paru assez récemment dans les *Annales* (septembre 1929), pour que le lecteur puisse facilement s'y reporter.

Sur les raisons qui doivent conduire à l'exploration directe de la caisse, il n'y a aucun désaccord. Il faut faire la ponction parce que l'otoscopie chez l'enfant de moins de 6 mois est difficile et que l'examen d'un tympan fortement incliné sur un conduit auditif étroit est pratiquement invisible.

Et puis serait-il facile à observer, « le tympan reflète, incomplètement une lésion de la caisse ». On est surpris de trouver des lésions très accusées derrière un tympan apparemment sain.

L'accord règne également entre nous pour conseiller l'exploration de la caisse « chaque fois qu'une température élevée n'est pas expliquée par une infection nettement localisée ailleurs qu'aux oreilles. »

Nous différons de ces auteurs au point de vue de la technique à employer. Les auteurs conseillent de faire la ponction à l'aide d'une aiguille hypodermique de 7/10 de millimètre et de 2 cent. 1/2 de longueur, biseau court. Le pavillon de l'oreille fortement tiré en arrière, le tympan est ponctionné

en arrière dans le tiers inférieur. Le repère guidant l'aiguille est la paroi postérieure du conduit. La ponction est faite *à l'aveuglette*.

Nous préférons la ponction *sous le contrôle de la vue*.

Quant à l'instrumentation nous rappelons que nous avons conseillé, la seringue à trois anneaux, qui donne plus de fixité à la main, l'aiguille coudée qui permet une visibilité parfaite, le curseur qui limite au dixième de millimètre près, la profondeur de la ponction.

En résumé, la ponction exploratrice est seule capable de répondre aux diverses questions. Existe-t-il du pus ? En existe-t-il beaucoup ? Ou seulement quelques gouttes ? N'en existe-t-il pas ? Dans ce dernier cas, elle ne risque jamais de transformer en otite un résultat négatif.

La ponction est-elle positive, *en aucun cas elle n'est thérapeutique*. Immédiatement, la paracentèse est indiquée.

La statistique des auteurs canadiens est de toute éloquence. Relisez leur article. C'est le meilleur plaidoyer en faveur de la ponction et il m'a semblé utile d'en souligner à nouveau l'intérêt.

UN CAS D'OZÈNE TRAITÉ PAR L'ACÉTYLCHOLINE

Par Dr G. ANGELESCU

Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital militaire (Iassy-Roumanie).

Impressionné par l'article des docteurs Guns et Coene de Louvain ⁽¹⁾ et comme la méthode — qu'ils préconisent dans le traitement tant varié d'une maladie rebelle et repoussante que l'ozène — me paraît séduisante, je l'ai appliquée aussi au premier malade interné dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital militaire de Iassy.

Voici en quelques mots comment Guns et Coene sont arrivés à traiter la rhinite atrophique par l'acétylcholine.

Théoriquement l'ozène peut être provoqué par la lésion du ganglion de Meckel — ganglion essentiellement moteur — par manque de sécrétion nasale. Un médecin allemand l'aurait obtenu expérimentalement par la section du ganglion sphéno-palatin. Étant difficile à établir les fibres nerveuses en cause, on a cherché l'action médicamenteuse spécifique sur le système parasymphatique. On a employé l'extrait de Jaborandi (néopancarpine), DELIE. GUNS et COENE avec la pilocarpine ont obtenus des beaux résultats. Récemment ils ont préconisé le chlorhydrate d'acétylcholine — comme un vagotonique beaucoup plus puissant. D'après le professeur Villaret (Paris) ⁽²⁾, l'acétylcholine est l'excitant le plus puissant connu du parasymphatique. Après l'expérimentation clinique Guns et Coene ont obtenus des résultats presque inattendus et ils considèrent ce traitement de l'ozène par l'acétylcholine supérieur à celui par la pilocarpine, parce que l'odeur de punaisie disparaît par le nouveau traitement. Ils ont badigeonné la muqueuse nasale, dans les sept cas publiés — par des solutions (ampoulées) de 1 %, 5 % et de 10 %.

J'ai employé la solution ampoulée de 5 % chlorhydrate d'acétylcholine que les usines Hoffmann-La Roche ont bien voulu me faire parvenir gracieusement. J'ai précédé, — d'après les indications des auteurs — chaque badigeonnage de la muqueuse nasale d'un lavage acidifiant (solution d'acide lactique 1 %) des fosses nasales, parce qu'en milieu acide l'acétylcholine se décompose plus lentement.

Je publie ci-dessous l'observation de mon malade.

⁽¹⁾ *Annales des maladies de l'oreille*, n° 5, mai 1929.

⁽²⁾ *Monde Médical*, n° 746, 1929.

Observation

H... V., 22 ans.

Interné dans le service O. R. L. avec ozène bilatéral. Dans ses antécédents hérédocolatéra, les absence de consanguinité. Sa mère aurait eu la même maladie. Un frère a aussi de l'ozène sous une forme atténuée. Les antécédents personnels sans importance.

L'historique. — Il a de la punaisie depuis l'âge de 13 ans. Il a eu toujours de l'anosmie, de l'obstruction nasale, des croûtes verdâtres fétides, très adhérentes et souvent de l'épistaxis. Céphalées fréquentes. Les rhinologistes consultés lui ont prescrit des pulvérisations, lavages et injections. *À présent* le malade est débile, pâle, avec des modifications respiratoires au sommet du poumon droit et insuffisance d'éclaircissement à la toux pendant la radioscopie. La réaction Bordet-Wasserman négative. La cuti-réaction à la tuberculine est aussi négative. L'examen des croûtes nasales : bacilles pseudo-diphthériques. L'examen rhinolaryngologique nous montre un pharynx séché, couvert de croûtes verdâtres, fétides, adhérentes. Dans la cavum les mêmes croûtes. Nez épaté, caractéristique, donnant à la pression de la pointe une sensation de mollesse (trophonévrose) et non la résistance cartilagineuse connue (Lautman, Muck). Éperon à gauche. Fosses nasales bourrés de croûtes verdâtres, adhérentes, horriblement fétides. Après lavage apparaît une muqueuse atrophique, plutôt grisâtre que rouge et des fosses nasales largement ouvertes par l'atrophie des cornets. Congestion diffuse du vestibule laryngien. Rien de pathologique à la glotte et région sous-glottique.

Le malade a été traité par divers moyens connus mais sans résultats bons et durables.

Le 1^{er} décembre 1929 on commence le traitement par l'acétylcholine faisant préalablement un lavage acidifiant des fosses nasales avec une solution d'acide lactique (1 %) et puis le premier badigeonnage de la muqueuse nasale avec chlorhydrate d'acétylcholine en solution (ampoulé) 5 % Hoffmann — La Roche. On continue les badigeonnages deux fois par semaine, au 4, 7, 11, 14 et 18 décembre 1929.

L'état du malade s'améliore progressivement. On voit le malade chaque jour. Maintenant après 73 jours du dernier badigeonnage, le malade se sent fort bien. Il a gagné 1 kilo. L'anosmie est disparue et l'obstruction nasale (qui datait de 9 ans) aussi. Le malade respire facilement, bouche fermée, son pharynx n'est plus desséché. Quelques petites croûtes, non adhérentes, sans odeur, s'éliminent sans efforts et ne provoquent d'épistaxis. Pas de cacosmie. Le malade n'est plus évité par ses camarades. L'examen rhinoscopique montre des fosses nasales libres. Encore quelques petites croûtes jaunes, très minces, facilement détachables, sans odeur. La muqueuse nasale rouge, d'un aspect quasi-normal, humecté. Le pharynx sans croûtes. Pas d'épistaxis. Rien au larynx. Le malade se considère guéri.

Le traitement préconisé par les D^r GUNS et COENE est d'application facile, bien supportable, donnant satisfaction au malade. Je me rallie — en conséquence — entièrement aux grandes espérances des préconisateurs.

L'avenir prochain décidera, d'après l'application de la thérapeutique par badigeonnages de la muqueuse nasale à l'acétylcholine — dans un grand nombre des cas et après une longue observation — si ce traitement peut-être consacré comme méthode thérapeutique réellement efficace, — avec des résultats bons et durables dans la rhinite atrophique.

TRAITEMENT PAR LA CHIRURGIE DES EPITHÉLIOMAS
CUTANÉS DU NEZ DEVENUS RADIO-RÉSISTANTS

Par MM.

A. HAUTANT

et

O. MONOD

de la Fondation Curie.

Les épithéliomas cutanés de la partie supérieure de la face, et plus spécialement du nez, guérissent presque toujours par les radiations. Sur 60 malades neuf, traités pour des épithéliomas du nez, à l'Institut du Radium de Paris, il y a près de 90 % de succès ⁽¹⁾. L'ablation chirurgicale, seule et sans l'aide des radiations, obtiendrait peut-être les mêmes résultats, mais, à l'encontre du traitement par les radiations, la guérison par la chirurgie entraîne souvent une déformation esthétique importante.

L'excellence de ces résultats s'explique en partie par les caractères des cancers cutanés de la moitié supérieure de la face. On sait que les cancers épidermiques de la peau se divisent, au point de vue histologique, en deux classes principales dont les types extrêmes sont : les épithéliomas basocellulaires ou non épidermoïdes ; les épithéliomas spino-cellulaires ou épidermoïdes.

1° L'épithélioma dit baso-cellulaire est un cancer spécifique de la peau : il naît le plus souvent dans les diverticules pilo-sébacés et il n'existe que là où il peut y avoir des poils ; c'est pourquoi on l'appelle un cancer « trichopithélial », c'est-à-dire cancer de la gaine épithéliale du poil ⁽²⁾. Ce baso-cellulaire ferme les lymphatiques au lieu de les envahir ; aussi ne se propage-t-il presque jamais aux ganglions. Sa marche est lente. Pourtant, malgré la lenteur de son évolution et son développement purement local, il peut

⁽¹⁾ BEAU (H.), Résistance à l'action des rayons X et des rayons du radium, acquise par les épithéliomas de la peau à la suite d'irradiation antérieures $\frac{1}{2}$ (radio-immunisation). *Thèse, Fac. de médecine, Paris, 1926.*

⁽²⁾ NICOLAS (J.) et FAVRE (M.), Notes cytologiques touchant l'histogénèse des néoplasmes cutanés épithéliaux. (*C. R. Soc. Biol.* 82, 17 mai 1919, p. 497).

RUBENS DUVAL et LACASSAGNE (A.), Classification pratique des cancers dérivés des épithéliums cutanés et cutané-muqueux. (*Arch. Franc. Path. Gén. et Exp. d'An. Pathol.*, 1922).

déterminer la mort. Il tue, non pas par métastases, mais parce que, étant un grand destructeur de la peau, des cartilages, des os, il provoque finalement des hémorragies, l'infection des surfaces ulcérées et la cachexie ;

2° L'épithélioma spino-cellulaire, ou épithélioma de l'épiderme proprement dit, au contraire du précédent, envahit facilement les lymphatiques, puis les ganglions, et il tue souvent par métastases. Son traitement est plus difficile, puisque rapidement il essaime à distance.

Or, au niveau de la peau de la face, l'épithélioma baso-cellulaire siège habituellement dans sa partie supérieure, au-dessus d'une ligne horizontale passant par la fente buccale ; les épithéliomas du nez, du front, de la région labiale supérieure, de la région jugale rentrent, pour la plupart, dans cette catégorie. Leur traitement, chirurgical ou radiothérapique, sera presque toujours favorable, puisque ces épithéliomas sont des affections purement locales, sans envahissement ganglionnaire. Au contraire, dans la partie inférieure de la face, les épithéliomas cutanés baso-cellulaires sont rares ; l'on y rencontre presque constamment des spino-cellulaires. Dans leur manifestation primaire, ces épithéliomas ne sont pas plus difficiles à guérir que les baso-cellulaires, mais ils ont tendance à essaimer dans les ganglions, d'où leur gravité plus grande et la complexité de leur traitement.

Ce travail a trait seulement aux épithéliomas baso-cellulaires, développés dans la partie supérieure de la face.

En présence des excellents résultats obtenus aussi bien par la chirurgie que par les radiations dans cette variété de cancer, à quel moyen thérapeutique devons-nous donner la préférence ? A première vue, le traitement par les radiations, a, comme supériorité, l'absence de mutilation. Mais, lorsqu'il échoue (fait rare, cependant possible en raison de fautes de technique), la thérapeutique chirurgicale serait, a-t-on dit, vouée à l'insuccès. Belot ⁽¹⁾ écrit, au sujet de ces épithéliomas cutanés, traités par le radium et récidivés : « On a conseillé l'intervention chirurgicale. Malheureusement, même très largement pratiquée, elle ne donne pas toujours la guérison, sans parler des pénibles mutilations qu'elle nécessite. Il semble bien que ces épithéliomas soient devenus réfractaires à toute tentative thérapeutique. » Roussy ⁽²⁾ paraît être du même avis. Cependant Bérard et Dunet ⁽³⁾ pensent que beaucoup d'épithéliomas de la face récidivés après radiothérapie peuvent être encore guéris par la chirurgie.

Ces auteurs rapportent 14 cas où ils ont ainsi obtenus des résultats remarquables. Nous partageons entièrement leur avis et, contrairement à

(1) BELOT (J.), A propos de la radio-résistance des épithéliomas cutanés. (*Bull. Assoc. franç. Études du cancer*, Paris, juin 1927, 10, p. 411).

(2) ROUSSY (G.) et LABOIDE (S.), A propos de la radio-résistance des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. (*Bull. Ass. franç. Étude du cancer*, Paris, mai 1927, 16, n° 3, p. 180).

(3) BÉRARD et DUNET, A propos de la radio-résistance des épithéliomas cutanés irradiés antérieurement. (*Bull. Ass. Franç. Étude du cancer*, Paris, mai 1927, 16, p. 429).

BÉRARD et DUNET, Epithéliomas térébrants de la face récidivés après radiothérapie, guéris par le traitement chirurgical (*Soc. Chir. Lyon*, 25 avril 1929, *Lyon Chirurgical*, 26 août-sep. 1929, p. 562).

l'opinion courante, nous pensons que dans nombre d'épithéliomas cutanés traités par les radiations et récidivés, la chirurgie peut encore, presque constamment, fournir des résultats favorables à deux conditions : 1° Il faut que l'intervention chirurgicale soit très large, conduite en tissu sain, sans crainte d'une grande mutilation ; 2° Il faut qu'il n'y ait aucune contre-indication dictée soit par l'état général du malade, soit par l'existence de ganglions néoplasiques, soit par l'extension du néoplasme à la base du crâne.

Deux points sont à préciser : A) A quel moment un épithélioma cutané doit-il être considéré comme radio-résistant, et livré à la chirurgie ? B) Quelle technique chirurgicale convient-il d'employer ? Le résumé de nos observations, recueillies à l'Institut Curie appuiera, ce court exposé.

I

Epithéliomas radiorésistants

a) A la suite d'irradiations répétées, tout épithélioma cutané acquiert peut à peu la radio-immunisation. Malgré de nouvelles applications de radium, la tumeur progresse, comme si les cellules néoplasiques étaient vaccinées contre les radiations ⁽¹⁾. Le fractionnement des doses trop répétées et espacées facilite la vaccination. Pour expliquer cette radio-immunisation, Nogier et Regaud ⁽²⁾ avaient tout d'abord admis une modification humorale, résultat de la résorption des tissus cancéreux irradiés. Bayet a invoqué la sélection progressive d'une race de cellules cancéreuses. Roussy incrimine les modifications que subit le stroma conjonctivo-vasculaire. Regaud ⁽³⁾ montre que *l'effet radio-immunisant* exercé sur les cellules cancéreuses s'accompagne toujours d'un *effet radio-sensibilisant* exercé sur les tissus vasculaires et conjonctifs ; ce fait certain et frappant lui a fait émettre, à titre de simple hypothèse, l'opinion suivante : les rayons exerceraient sur les cellules cancéreuses, outre un effet abiotique direct, une action indirecte. L'irradiation mettrait en liberté dans le plasma qui baigne les cellules, vraisemblablement aux dépens des substances collagènes amorphes ou figurées, une substance toxique qui agirait à son tour sur les cellules cancéreuses immédiatement voisines. Le complexe collagène cytotoxique ainsi formé ne pourrait se reconstituer qu'avec une extrême lenteur ou même pas du tout, ce qui expliquerait la perte de l'effet des rayonnements sur les cellules cancéreuses, lorsque celles-ci n'ont pas été stérilisées d'emblée.

⁽¹⁾ REGAUD (CL.), L'erreur du fractionnement, de l'espacement et de la répétition exagérée des doses dans la radiothérapie des cancers, (*Paris Médical*, 4 février 1922).

⁽²⁾ NOGIER (TH.) et REGAUD (CL.), *C. R. Acad. des Sciences*, 8 juin 1914 ; 7^e Congrès internat. d'électricité et de radiologie médicales, juillet 1914 ; Histoire clinique, histologique et radiologique d'un myxosarcome traité par les rayons X, (*Journ. de Radiol.*, 1916, p. 135).

⁽³⁾ REGAUD, Sur la radio-immunisation du tissu cancéreux et sur le mécanisme de l'action des rayons X et des rayons gamma du radium sur les cellules et les tissus vivants en général. (*Bulletin de l'Académie de Médecine* ; 13 mai 1924, t. XCI, n° 20, p. 604).

Un seul traitement par les radiations, à dose modérée, n'est pas suffisant pour immuniser complètement un épithélioma cutané. Si cet épithélioma déjà traité, récidive, il n'est pas certain qu'il résistera à une autre tentative thérapeutique, faite dans de meilleures conditions techniques. Le pourcentage des succès est, certes, considérablement diminué par le fait d'irradiations antérieures, mais on est souvent en droit d'essayer un nouveau traitement par les radiations.

Regaud ⁽¹⁾ donna les résultats de 100 cas, ayant fourni 72 succès et 28 échecs, et se répartissant ainsi, d'après le nombre des traitements antérieurs :

Malades ayant reçu 1 traitement : 65 ; 56 succès (86 %) et 9 échecs (14 %).

Malades ayant reçu 2 traitements : 24 ; 13 succès (54 %) et 11 échecs (46 %).

Malades ayant reçu 3 traitements : 9 ; 3 succès (33 %) et 6 échecs (67 %).

Malades ayant reçu 4 traitements : 2 ; 2 échecs.

Ainsi, de 1 à 4 traitements, le pourcentage des succès a baissé de 86 à 54, à 33, à 0, tandis que le pourcentage des échecs est monté de 14 à 46, à 67, à 100.

D'une façon générale, l'on peut dire que, si un épithélioma a d'abord été traité par les rayons X, on peut quelquefois obtenir la guérison par une seconde irradiation faite au moyen du radium ; mais, s'il a été d'abord traité par le radium, un second traitement par les rayons X est presque certainement voué à un échec.

b) Cependant, les tentatives de traitement par les radiations ne peuvent être répétées indéfiniment. A un moment donné, leur continuation devient nuisible parce qu'elle conduit à la radionécrose sans donner une garantie de la guérison du cancer ; un temps précieux est perdu et l'extension des lésions les rend inopérables.

L'épithélioma cutané de la partie supérieure de la face rentre dans le domaine chirurgical, chaque fois que la lésion a été traitée infructueusement par le radium et que ce traitement a comporté une forte dose. Dans ces conditions, en effet, un nouveau traitement fait courir le plus grand risque d'insuccès.

Avant de recourir à l'exérèse chirurgicale il faudra tenir compte des considérations suivantes :

1° Lorsque la lésion, préalablement traitée à dose correcte et cependant récidivée, a déjà acquis une grande extension en profondeur et si elle a envahi le cartilage ou l'os, un nouveau traitement provoquera certainement une ostéo-radionécrose (voûte palatine, os propres du nez, branche montante du maxillaire supérieur) source d'infection chronique cachectisante, parfois très grave toujours très lente à guérir. L'imminence ou le début de la radionécrose est annoncé par une douleur qui est peu influencée par les anal-

(1) REGAUD (CL.), Principes du traitement des épithéliomas épidermoïdes par les radiations. Application aux épidermoïdes de la peau et de la bouche. (*Rapport, Congrès de Strasbourg*, juillet 1923, *Journ. de Radiologie*, VII, p. 297).

gésiques. Le diagnostic entre radionécrose simple et cancer évoluant en même temps qu'une radionécrose est très difficile, souvent impossible sans examen microscopique d'un fragment de tissu. Sur des lésions de ce genre, il faut redouter les conséquences d'un nouveau traitement radiothérapique. Le traitement chirurgical, quand il est possible, s'impose ;

2° Lorsque l'épithélioma récidivé a acquis une grande extension en surface et qu'il est proche des limites de l'opérabilité, un nouvel échec radiothérapique conduirait à une lésion inopérable. Il en est ainsi lorsque l'épithélioma siège dans la région de la commissure interne des paupières. Une trop longue attente et une extension plus grande des lésions pourraient obliger, pour opérer en tissu sain, non seulement à sacrifier l'œil et à pratiquer l'exentération de l'orbite, mais encore à attaquer sa paroi osseuse interne.

L'envahissement de la partie haute des fosses nasales doit faire craindre l'extension du mal à la lame criblée de l'ethmoïde ; cette extension constituerait un obstacle à une intervention chirurgicale efficace.

II

La Technique chirurgicale

A) L'intervention chirurgicale, pour être efficace, doit enlever en bloc toute la lésion cancéreuse, le bistouri travaillant uniquement en tissu sain. C'est dire qu'elle ne doit être limitée par aucune considération d'esthétique. Pour avoir voulu ménager l'esthétique d'une malade atteinte d'un épithélioma du sillon naso-génien, commençant à être adhérent à la paroi antérieure du sinus maxillaire et à l'orifice osseux des fosses nasales, l'un de nous a tenté la dissection au bistouri électrique de la face profonde de la tumeur ; une récurrence a rapidement éclaté, très étendue, et son ablation nécessitera un gros délabrement facial.

En surface, le bistouri doit inciser à un demi-centimètre au moins en dehors de la lésion cutanée. Cette ligne d'incision doit être reculée à un bon centimètre, dans le cas où l'on observe, aux confins de la lésion, des arborisations vasculaires, signes d'une propagation probable du néoplasme.

En profondeur, lorsque le cancer n'est pas franchement mobile sur le plan osseux ou cartilagineux sous-jacent, il faut enlever en bloc lésion tégumentaire et os. C'est ainsi que l'orifice osseux des fosses nasales et le rebord orbitaire inférieur seront souvent sacrifiés, en partie. Dans d'autres exemples, le squelette de l'orifice nasal et la paroi externe contiguë du sinus maxillaire seront sacrifiés. Ce sont là des cas encore limités. Lorsque la lésion est très étendue, elle nécessite la résection d'une moitié du nez ou bien de toute la pyramide nasale, ou même en plus de toute la partie antérieure de la voûte palatine. Toutes ces résections sont conduites lentement et méticuleusement, de façon à porter largement sur les parties saines du squelette.

Lorsque le néoplasme envahit la paupière inférieure et affleure la caroncule lacrymale, l'on s'efforcera de conserver le bord libre de la paupière, qui continuera à protéger le globe oculaire. Contrairement aux directives précédentes le bistouri pourra, ici, cotoyer le néoplasme car l'expérience nous a montré que, dans cette localisation, le néoplasme reste bien limité aux lésions macroscopiques.

L'extension en hauteur, dans les fosses nasales, vers la lame criblée est exceptionnelle. Nous ne l'avons observée que dans un seul cas où il s'agissait d'un cancer de la commissure externe des paupières, propagé à l'ethmoïde antérieur et récidivé après un traitement par le radium pourtant bien conduit. L'intervention chirurgicale a échoué, et la récidive s'est manifestée à la base du crâne, accompagnée de névralgies térébrantes intenses.

B) Dans quelques interventions, nous avons associé la curiethérapie à la chirurgie, conformément à la pratique que nous suivons dans le traitement des néoplasmes du maxillaire supérieur. Mais il faut savoir que dans les cas où les tissus irradiés n'ont pas été préalablement enlevés par la chirurgie, lorsqu'on fait agir de nouveau le radium, on provoquera des radio-nécroses étendues ; dans l'une de nos observations, toute la voûte palatine a été ainsi éliminée. Le plus souvent nous avons eu recours à la chirurgie seule, avec des résultats excellents.

En aucun cas, il ne saurait être question d'associer rayons X et chirurgie : les tissus ayant subi antérieurement l'action des radiations sont devenus trop réfractaires, en même temps trop fragiles, pour que la Röntgentherapie puisse avoir une action heureuse.

C) L'incision cutanée peut être faite au bistouri électrique ; l'emploi de ce procédé n'est cependant pas nécessaire, car les tissus soumis préalablement à des traitements radiothérapiques intenses ou répétés sont en partie sclérosés et saignent peu ; près de la caroncule lacrymale et de la paupière inférieure, la dissection doit être conduite avec méthode et très lentement, chose difficile avec le bistouri électrique. Dans l'ensemble, lorsque l'emploi de ce procédé est possible, il sera préféré à l'incision sanglante parce qu'il fait courir moins de risques de dissémination néoplasique.

Nous n'avons jamais employé la destruction en masse par diathermo-coagulation de la lésion et destruction progressive de toute la tumeur. Ce procédé nous paraît aveugle et trop destructeur, car il est difficile de savoir à quel moment les limites du cancer sont dépassées.

D) La réparation de ces pertes de substance, quand elle est petite, peut se faire par des autoplasties à doubles lambeaux, lambeau doublure et lambeau couverture.

Trop souvent, les pertes de substances sont extrêmement étendues, portant à la fois sur la pyramide nasale et sur la paroi antérieure du sinus maxillaire, ou bien sur la plus grande partie de la voûte palatine. Des appareils cache-misères, en aluminium peint et supportés par des lunettes, peuvent seuls masquer ces énormes difformités.

III

Résultats

Sur 13 cas, traités antérieurement par des rayons X ou du radium, ayant récidivé, et dans lesquels un nouveau traitement par les radiations n'avait aucune chance de succès, onze restent actuellement guéris, et deux sont en état de récidive.

a) *Ont récidivé* (deux cas) : 1° Un épithélioma de l'aide du nez et de la partie adjacente de la joue ; repullulation presque immédiate, explicable par une intervention incomplète, la malade ayant reculé devant une intervention mutilante ; 2° Un épithélioma de la commissure interne des paupières, histologiquement voisin des cylindromes, ayant envahi l'os frontal et son sinus, et l'ethmoïde antérieur, récidivé deux ans après l'opération.

b) *Restent en état de guérison apparente* : 11 cas.

1 cas datant de 8 ans : Épithélioma épidermoïde, de type cutané : Résection de la pyramide nasale et de la plus grande partie de la voûte palatine.

1 cas datant de plus de cinq ans : Épithélioma à tendance épidermoïde peu marquée, portant sur l'os propre du nez, les cornets moyen et inférieur, le plancher de la fosse nasale.

4 cas datant de plus de trois ans : Épithéliomas du type baso-cellulaire, portant soit sur le nez, la joue et la lèvre, soit sur l'aile du nez et la partie adjacente de la joue.

2 cas datant de plus de deux ans et demi, portant sur toute la moitié de la pyramide nasale, depuis les os propres du nez jusqu'à la lèvre supérieure.

2 cas datant de plus de deux ans, portant sur l'orifice narinaire, la cloison, et le plancher des fosses nasales.

1 cas datant de plus d'un an et demi, portant sur l'orifice pyriforme, la cloison et le plancher des fosses nasales.

OBSERVATIONS ⁽¹⁾**Observation I**

CHA... (Anna), 69 ans. — *Epithélioma cutané développé primitivement sur le lobule du nez, étendu ultérieurement à la partie adjacente de la joue droite et à la lèvre supérieure.* — *Histologie : non épidermoïde (baso-cellulaire). Röntgenthérapie à petites doses fractionnaires de 1913 à 1921 ; 2 traitements par le radium (1921), échec ; 1^{re} exérèse chirurgicale (1922) ; 2^e exérèse chirurgicale, très étendue accompagnée d'une 3^e application de radium (1927), suivie d'ostéoradiocréose.* — *Etat satisfaisant.*

Début vers 1904 par un bouton sur le lobule du nez. De 1913 à 1921, traitements répétés par les rayons X : plus de 100 séances. Jamais de cicatrisation.

(1) L'histoire clinique de 4 cas est trop incomplète pour être publier.

1921, 28 juin. — Ulcération étendue à toute l'extrémité du nez ; narine droite détruite ; narine gauche très entamée, extension à la joue droite au delà du sillon naso-génien ; extension à la partie moyenne de la lèvre, jusqu'au bord.

1^{er} traitement par le radium : appareil moulé en gutta ; surface radiante, 25 centimètres carrés ; distance, 0,5 cm., charge de radon ; filtration platine 1 millimètre ; dose, 18,8 millicuries de radon détruit en 4 jours.

1921, 22 décembre. — Après une période d'amélioration qui n'a pas été jusqu'à la cicatrisation parfaite, signes de récurrence. Biopsie positive.

2^e traitement par le radium : appareil moulé en cire ; surface radiante, 35 centimètres carrés ; distance, 2 centimètres ; charge de radon ; filtration platine 1 millimètre ; dose, 63,78 millicuries de radon détruit, en 8 jours.



OBSERVATION I

1922, octobre. — Cicatrisation et apparence de guérison, sauf au niveau de la lèvre, où il persiste une ulcération de 12-15 millimètres de diamètre, à base indurée.

1^{re} opération (chirurgicale) : résection étendue de la partie moyenne de la lèvre supérieure (D^r DESPLAS).

Examen microscopique positif.

1923, 1924, 1925, 1926 : persistance de la cicatrisation, apparence de guérison.

1927, 19 mars. — Récurrence : ulcération à base indurée adhérente à l'os, sur le bord de la narine gauche.

2^e opération (radium-chirurgicale) : résection de la pointe du nez, des parties restantes des deux narines et des parties adjacentes des maxillaires. (D^r HAUTANT). Application

de 3 tubes de radium dans la plaie, contre des points suspects. Les tubes sont retirés au 3^e jour en raison de signes d'érysipèle. Dose, 5,65 millicuries de radon détruit.

Examen microscopique positif.

En 1927-1928, élimination par fragments de surfaces de section osseuses. Pas de réapparition du néoplasme.

En 1929, juillet. — Bon état.

Réflexions. — Exemple typique de radio-immunisation par les Rayons X. Le 1^{er} traitement par le radium a été trop faible. Le 2^e traitement a été tout à fait correct, et eût guéri assurément un épithélioma neuf.

Observation II

GUY..... (Anne), 72 ans. — *Epithélioma cutané développé sur l'aile gauche du nez.* — *Histologie : non-épidermoïde (baso-cellulaire).* 3 applications de radium (1921, 1922); *exérèse chirurgicale* (1924); 4^e application de radium (1926); 2^e *exérèse chirurgicale* (1927); 3^e *exérèse chirurgicale* — (1927). Etat satisfaisant.

Début en 1919 par un petit bouton sur l'aile gauche du nez.

1921, 22 février. — Petite tumeur hémisphérique de 8-10 millimètres de diamètre, ulcérée au sommet. *Exérèse* pour analyse microscopique, immédiatement suivie d'un *traitement par le radium* : appareil moulé en gutta, 2 tubes (filtration platine 1 millimètre), dose donnée, 4,91 millicuries de radon détruit. Cicatrisation en un mois environ.

1922, 13 juillet. — Récidive *in situ*.

2^e *traitement par le radium* : radiumpuncture, 4 aiguilles (platine 0,5 mm.), dose, 3,48 mc de radon détruit.

1922, 7 décembre. — Récidive *in situ*.

3^e *traitement par le radium* : appareil moulé, en pâte colombia; surface radiante, 4 centimètres carrés; distance, 6 millimètres; filtration platine 1 millimètre; dose, 11,98 mc. de radon détruit en 7 jours (application discontinue).

1924, 25 octobre. — Récidive *in situ*, à allure nécrotique, occupant toute l'épaisseur de la narine gauche. Biopsie positive.

1^{re} *exérèse chirurgicale* : (D^r ROUX-BERGER).

1926, 14 juin. — Récidive à la partie inféro-externe de la région opérée.

4^e *traitement par le radium* : appareil moulé en pâte colombia; surface radiante, 5 centimètres carrés; distance, 8 millimètres; filtration platine 1 millimètre; dose, 13,75 mc. de radon détruit en 9 jours.

1927, 5 février. — Petite récurrence *in situ*.

2^e *exérèse chirurgicale* (D^r ROUX-BERGER).

Examen microscopique positif.

1927, 25 octobre. — Petite récurrence sur la cicatrice opératoire.

3^e *exérèse chirurgicale* (D^r HAUTANT), ablation large de toute l'épaisseur des téguments, comprenant ce qui reste de l'aile gauche du nez et la partie adjacente de la joue; ouverture du sillan maxillo-jugal.

Examen microscopique positif.

1929, 25 avril. — Bonnes nouvelles. La fermeture de la brèche opératoire a été rapide.

Réflexions. — Exemple typique de radio-immunisation consécutive à

deux traitements par le radium insuffisants à tous égards ; troisième traitement, correct, est insuffisant à réparer l'échec. Deux exérèses chirurgicales trop restreintes, entre lesquelles prend place un quatrième traitement par le radium inefficace.

Observation III

B10..... (Marie), 57 ans. — *Epithélioma cutané développé sur le lobule du nez. Histologie : Epithélioma épidermoïde (spino-cellulaire). Electro-coagulation (1920), 4 applications de radium (avril 1921, juillet 1921, octobre 1921, avril 1922). Exérèse chirurgicale accompagnée d'une 5^e application de radium suivie d'ostéoradionécrose (juillet 1922). — Etat satisfaisant.*

Début en 1920 par un bouton sur le lobule du nez. En 1920, traitement par électro-coagulation. Pas d'amélioration.

1921, 13 avril. — Ulcération siégeant sur l'extrémité du nez, débordant sur les deux ailes du nez : 27 millimètres de largeur sur 22 millimètres de hauteur.

1^{er} traitement par le radium : Appareil moulé en cire ; dose, 19,36 millicuries de radon détruit en 4 jours ; filtration platine 1 millimètre ; surface radiante et distance non connues.

1921, 28 juillet. — Après une période de grande amélioration qui n'a cependant pas été jusqu'à la cicatrisation complète, signes de récidence.

2^e traitement par le radium : appareil moulé en cire ; surface radiante et distance d'application inconnues ; charge de radon ; filtration platine 1 millimètre ; dose, 6,66 millicuries de radon détruit en 4 jours. En plus, un foyer de radon est placé dans la marine ; filtration : platine, 1,5 mm. caoutchouc, 3 millimètres, dose : 1,08 millicuries de radon détruit en 4 jours.

1921, 15 octobre. — Pas de guérison.

3^e traitement par radium : appareil moulé en cire ; surface radiante inconnue ; distance, 5 millimètres ; charge de radon, filtration platine 1 millimètre ; dose, 21 millicuries de radon détruit en 4 jours.

1922, août. — Après une réaction forte la cicatrisation de la lésion a été obtenue mais trois mois après la récidence est apparue. Ulcération de 10 mm. de diamètre siégeant sur l'aile droite du nez.

4^e traitement par le radium : appareil moulé en cire, surface radiante ; 6,25 centimètres carrés ; distance, 15 millimètres ; charge de radon ; filtration platine 1 millimètre ; dose 18,75 milliuries de radon détruit en 5 jours.

1922, 6 juillet. — La guérison n'a pas été obtenue. La lésion est plus étendue et a envahi le squelette sous-jacent.

Opération (radium-chirurgicale) : D^r HAUTANT : résection du nez, la cloison médiane en entier, les cornets, une partie de l'ethmoïde, la partie supérieure de la lèvre supérieure et des parties adjacentes du maxillaire. Dans la brèche ainsi formée et contre les points suspects, on applique 12 tubes de radon : ultratation platine : 1 mm. × aluminium = 2/100 mm., caoutchouc = 2 mm. Les tubes sont retirés au 4^e jour. Dose, 54,2 milliuries de radon détruit. Réaction consécutive très forte.

En 1923, 1924, 1925, élimination de loin en loin de petits séquestres osseux.

En 1930. — Bon état, mais vaste cavité occupant le centre de la face. Un palais artificiel permet la parole.

Réflexions. — Exemple typique de radio-immunisation consécutive à trois traitements par le radium mal conduits. Le 4^e traitement mieux fait a été insuffisant à réparer l'échec. La radium-chirurgie a obtenu la guérison, mais au prix d'une vaste mutilation.

Observation IV

BE..... (Jeanne), 56 ans. — Vaste épithélioma cutané développé sur le milieu de la face. Histologie : Epithélioma épidermoïde peu marqué. Traitement par injections modificatrices (?) et par électrolyse. (1906). 1^{er} traitement röntgénéthérapique et fulguration (1910). Traitement par injections d'iodure de potassium (1911-1912). 2^e traitement röntgénéthérapique (1924). Exérèse chirurgicale avec application de radium. Guérison.

Début en 1906 par un petit bouton sur la face droite de la pyramide nasale.

1907. — Traitement par injections interstitielles d'iodure de potassium et par électrolyse, sans résultat.



OBSERVATION IV. FIG. 1

1910. — 1^o Röntgénéthérapie (3 séances) et fulguration (15 séances). Amélioration très passagère.

1911-12. — Injections d'iodure de potassium. La lésion continue à évoluer lentement.

1924, 16 octobre. — Large ulcération circulaire, au milieu de la face, 8 centimètres de diamètre, remontant en haut jusqu'au sillon fronto-nasal, en bas envahissant toute la lèvre supérieure jusqu'à son rebord muqueux, s'étendant latéralement sur les deux joues, à gauche jusqu'à hauteur d'une ligne verticale passant par la commissure externe de l'œil gauche ; à droite, ligne passant par la commissure de l'œil droit. Au centre de l'ulcération, perforation de 2,5 sur 3 centimètres correspondant à un effondrement nasal.

2° *Röntgénéthérapie*. — 22 heures d'irradiation échelonnées sur 51 jours : distance focale, 50 centimètres int. s. 3,5 m. A. 3,5 ; filtration Zn, 2,5 mm., aluminium 3 millimètres ; champ : 90 centimètres carrés. Dose, 53 UH.



OBSERVATION IV. FIG. 2

1925, 16 octobre. — L'amélioration a été progressive mais il persiste sur le bord droit de l'ulcération une zone ulcérée avec induration s'étendant dans l'épaisseur de la joue. Une biopsie faite en ce point montre l'épithélioma en évolution.

Opération (radium-chirurgicale). (Dr HAUTANT). — Excision de toute la partie antérieure du palais, des cornets inférieurs et des os propres du nez. Dans la cavité ainsi creusée et contre les points suspects, on applique 12 tubes de radon ; filtration platine 1 mm + aluminium 2/100 de mm. + caoutchouc 2 mm. Les tubes sont retirés au 4^e jour. Dose : 11,50 millicuries de radon détruit.

1930, janvier. La guérison a été très rapide et s'est maintenue depuis lors.

Réflexions. — Énorme lésion faciale considérablement améliorée par Röntgenthérapie, mais traitement trop étalé, un point échappe. La guérison est obtenue par opération chirurgicale et application de radium combinés.



OBSERVATION IV. FIG. 3

Observation V

BE..... (André), 49 ans. — *Epithélioma du lobule du nez.* Histologie : *Epithélioma non-épidermoïde (baso-cellulaire).* Röntgenthérapie (1913). Application de neige carbonique (1921). Traitement par douches filiformes (1924). 1^{er} traitement par radium (1926). Exérèse chirurgicale (1927). — Guérison.

Début en 1912 par petite ulcération sur lobule du nez.

1913, 4 séances de rayons X. — La lésion reste cicatrisée pendant 4 ans.

1921. L'ulcération a repris les dimensions qu'elle présentait avant la röntgenthérapie. On fait une application de neige carbonique. Aucun effet.

1924, juin. — 4 séances de douches filiformes.

1926, 20 janvier. — Ulcération transversale à base indurée, siégeant juste au-dessus du lobule du nez et s'étendant sur les deux ailes du nez.

Traitement par radium : appareil moulé en cire ; surface radiante ; 16 centimètres carrés, filtration platine 1 millimètre ; distance = 8 millimètres ; dose, 23,69 millicuries de radon détruit en 5 jours.

1926. — Guérison apparente.

1927, 23 septembre. — Depuis quelques semaines, récurrence. Petite ulcération de 5 millimètres de diamètre sur l'aile droite du nez.

Exérèse chirurgicale (Dr HAUTANT). — Excision de l'aile droite du nez. Plastique faite immédiatement et par lambeau en raquette pris sur la joue en dehors du sillon naso-jugal et rabattu sur la brèche occasionnée par la partie enlevée.

Janvier 1930. — La guérison s'est maintenue parfaite.

Réflexions. — Exemple typique de radio-immunisation. L'application de radium faite après les nombreux traitements par Rayons X, aurait dû être plus intense, peut-être aurait-on obtenu la guérison.

Observation VI

DOU..... (Antoinette), 65 ans. — *Epithélioma aile gauche du nez. Histologie : Epithélioma épidermoïde ébauché. Cautérisations pratiquées à plusieurs reprises. 1^{er} traitement par radium (1921). 2^e traitement par radium (1922). Exérèse chirurgicale (1927). — Guérison.*

Début en 1899 par une petite excroissance sur l'aile gauche du nez.

A des dates indéterminées et à deux reprises des *cautérisations* furent pratiquées, sans résultat.

1921. 1^{er} traitement par radium. — Caractéristiques du traitement, inconnues. Pas d'amélioration.

1922. 2^e traitement par radium. — Caractéristiques du traitement, également inconnues. Un mois après, cicatrisation complète de la lésion.

1927, 12 septembre. — Depuis deux ans la lésion a réapparu. Destruction de l'aile gauche du nez. Induration de toute la moitié gauche de la pyramide nasale remontant jusqu'au sillon oculo-nasal.

Exérèse chirurgicale (Dr HAUTANT). — Ablation de toute la zone indurée, face latérale gauche du nez et partie de la joue gauche adjacente. Résection de la partie gauche des os du nez.

1929, janvier. — Petite tumeur siégeant à la partie antéro-inférieure de la croix. Enlevée chirurgicalement. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un simple bourgeon charnu, sans néoplasme.

1930, janvier. — La guérison se maintient.

Réflexions. — Exemple d'une radio-immunisation provoquée par applications de radium insuffisantes.

Observation VII

BON..... (Angèle), 58 ans. — *Ulcération du sillon naso-génien droit. Histologie : Epithélioma non épidermoïde (baso-cellulaire). 1^{re} röntgentherapie (1921). 2^e röntgentherapie (1927). 3^e röntgentherapie (1927). Rayons infra-rouges (1928). Exérèse chirurgicale (1928).* En 1918, brûlure de la joue qui laisse une ulcération torpide du sillon naso-génien droit.

1921. — L'ulcération se met à bourgeonner et prend les aspects d'un épithélioma en évolution.

1^{re} Röntgenthérapie. — 3 ou 4 séances de Rayons X, sans résultat.

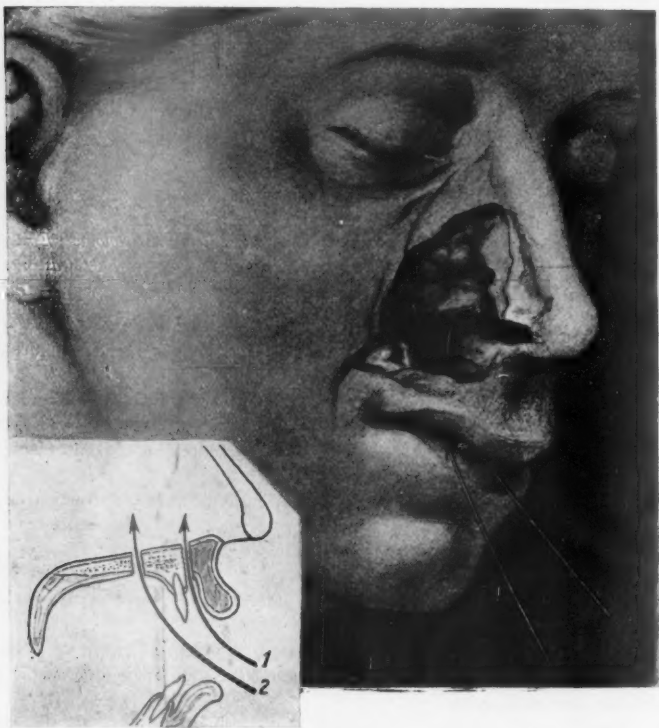
1925. — L'ulcération s'est aggravée. Elle mesure 2,5 cm. de diamètre.

2^e Röntgenthérapie. — 5 séances de Rayons X.

1927. — Pendant 2 ans la cicatrisation s'est maintenue mais l'ulcération a réapparu.

3^e Röntgenthérapie. — 11 séances de Rayons X.

1928, janvier. — L'ulcération qui s'était cicatrisée a réapparu. Plusieurs séances de Rayons infra-rouges.



OBSERVATION VII.

1928, 29 juin. — Vaste ulcération avec perte de substances de toute la région jugale interne empiétant largement sur la lèvre supérieure. La lésion ayant perforé le maxillaire supérieur, la bouche communique avec l'extérieur par un orifice arrondi à l'emplacement de la canine.

Exérèse chirurgicale (D^r HAUTANT). — Excision de la moitié droite de la lèvre supérieure. Résection de la cloison médiane, des cornets droits. Exeision d'une partie du palais, de la 2^e molaire droite, du bord extérieur de la narine gauche.

Ultérieurement on a fermé l'ouverture cutanée en réunissant le peu qui restait du lobe du nez au coin de la lèvre droite.

1929, décembre. — Depuis lors la malade est restée guérie. On doit lui appliquer un appareil de prothèse pour obturer la brèche palatine.

Réflexions. — Exemple typique de radio-immunisation par applications de Rayons X répétés.

Observation VIII

LAR..... (Sidonie), 69 ans. — *Tumeur ulcérée de la région orbito-nasale gauche. Histologie : Epithélioma à évolution épidermoïde ébauchée. En 1914 et années suivantes très nombreuses séances de Röntgenthérapie. Exérèse chirurgicale (Dr HAUTANT) en 1927.*

Le début de l'affection remonte à 1914, par une tuméfaction déformant le rebord orbitaire du maxillaire supérieur gauche. En 1914 et pendant les années suivantes Röntgenthérapie, nombreuses séances de Rayons X, sur lesquelles les détails manquent.

1926, juin. — Brusquement apparition de maux de tête, avec œdème considérable de la région orbito-nasale gauche. Une ulcération creusante à marche très rapide se produit, très douloureuse au toucher.

1927, 30 décembre. — Vaste ulcération de la région orbito-nasale gauche à bords nets, taillés au couteau, semblant être le résultat d'une excision chirurgicale qui n'a jamais eu lieu. L'ulcération a détruit la commissure palpébrale interne, la moitié interne du rebord orbitaire supérieur : la paupière supérieure est comme sectionnée au niveau de son tissu interne, le tiers interne du rebord orbitaire inférieur est détruit.

Dans le fond de la plaie on aperçoit en dehors l'os malaire dénudé et tout à fait dans le fond, la branche montante du maxillaire également dénudée. Le globe oculaire refoulé en dehors, a conservé sa mobilité.

Exérèse chirurgicale (Dr HAUTANT. — Incision périorbitaire au couteau diathermique. Exentération de l'orbite. Ablation des parois inférieure et antérieure du sinus frontal gauche. Ablation de la moitié inférieure du rebord orbitaire au-dessus du sinus maxillaire.

Ablation de l'os propre du nez et de l'os lacrymal du côté gauche.

1929, 1^{er} mai. — Malade revu en bonne santé.

1929, novembre. — Le malade recommence à souffrir et fait une récurrence profonde.

Réflexions. — Exemple de radio-immunisation par Röntgenthérapie prolongée et insuffisante. Apparition d'une lésion néoplasique à caractères radio-nécrotiques que l'exérèse pratiquée même très largement ne suffit pas à guérir.

Observation IX

FA..... H. 62 ans. — *Ulcération du sillon naso-génien gauche. Histologie : Epithélioma épidermoïde se rapportant au type intermédiaire de la peau. Röntgenthérapie (1922-1923). Exérèse chirurgicale (1923). 2^e exérèse chirurgicale (1925). 3^e exérèse chirurgicale (1928).*

Le début de l'affection remonte à mai 1922. A la suite d'une piqûre serait apparue une ulcération qui n'avait aucune tendance à guérir.

1922-1923, Röntgenthérapie. — Pendant 18 mois, une séance de Rayons X par semaine. Pas de guérison.

1923, août. 1^{re} *exérèse chirurgicale*. — Excision de la lésion suivie d'autoplastie avec lambeau de la joue.

1925, septembre. Récidive. 2^e *exérèse chirurgicale*. — Autoplastie avec lambeau frontal.

1928, septembre. — On constate une destruction complète de l'aile gauche du nez. Au-dessus, une ulcération de forme ovale, taillée comme à l'emporte-pièce, mesurant 1,5 cm. sur 1 centimètre communiquant avec la fosse nasale.

1928, 27 septembre. 3^e *exérèse chirurgicale* (D^r HAUTANT). — Le territoire à exciser est circonscrit à l'aiguille diathermique. L'incision intéresse en bas la lèvre supérieure, descendant en bas jusqu'à 1,5 cm. de son rebord libre, en dedans dépasse la ligne médiane, en dehors coupe la lèvre au niveau de la commissure et remonte sur la joue à 2 centimètres environ en dehors du sillon naso-génien. Section à la gouge plate de la voûte palatine dans la partie correspondante à l'incision labiale, intéresse le maxillaire supérieur jusqu'à la branche montante.

1930, janvier. — La malade est en apparence complètement guérie.

Réflexions. — Exemple de radio-immunisation par Röntgenthérapie mal faite sur un temps beaucoup trop considérable. Deux exérèses chirurgicales trop étroites ne suffisent pas à donner la guérison qui est obtenue par une troisième résection très largement conduite.

FAITS CLINIQUES

UN CAS DE PARALYSIE ASSOCIÉE DES DILATATEURS

Par le Dr GOUBERT (Alès)

Il nous a été donné d'observer récemment un cas de paralysie des dilateurs — associée à une hémiplegie vélo-palatine gauche et ce cas de syndrome de Gerhardt associé nous a paru intéressant à communiquer.

Madame X..., 43 ans, de la Grand'Combe (Gard) vient nous consulter le 1^{er} juillet pour des troubles de la respiration. Avant même qu'on ait interrogé cette malade, on comprenait d'avance qu'il s'agissait d'une gêne respiratoire car toutes les demi-minutes cette malade était obligée de faire une inspiration profonde qui s'accompagnait d'un bruit intense de cornage.

Pendant quelques secondes, la respiration redevenue à peu près normale puis à nouveau la malade était obligée de faire une grande inspiration.

En interrogeant cette malade qui répond à nos questions d'une voix sonore et normale, mais qui est obligée de s'arrêter au milieu d'une phrase pour reprendre le souffle — ce qui rend sa parole saccadée — nous apprenons qu'elle est ainsi depuis deux ans.

Brusquement une nuit elle s'est sentie gênée dans sa respiration, depuis, elle serait dans le même état.

Au début, croyant comme elle le dit que c'était un froid, elle a patienté puis s'est décidée à consulter; on lui a dit à plusieurs reprises que c'était nerveux, mais elle vient actuellement demander notre avis pour savoir si, réellement, c'est bien nerveux.

Son état n'a pas empiré, elle a toujours les mêmes difficultés pour respirer, elle fait du bruit surtout la nuit, mais elle a peu d'accès de suffocation.

Comme antécédents. — Aucune maladie à signaler. Cependant elle nous dit qu'elle aurait fait des chutes avec perte de connaissance mais sans amnésie, quelque temps avant l'apparition des troubles actuels.

A l'examen. — Aspect bouffi. Membres infiltrés, large pannicule adipeux, mobilité active et passive normale, légère faiblesse à gauche.

Marche. — Aspect soudé du haut du corps, balancement automatique des bras, sensations paresthésiques dans le membre inférieur gauche.

Les réflexes tendineux, cutanés et pupillaires sont normaux.

Cette malade dort très facilement et très longtemps, son caractère serait devenu irritable.

A l'examen du pharynx. — On constate une hémiparalysie du voile à gauche, l'arc palatin est abaissé à gauche. Pas de déviation de la luette. Sensibilité normale. Réflexes conservés. Signe du rideau de Vernet (translation vers la droite du muscle constricteur supérieur, Accumulation de salive dans la fossette glosso-épiglottique gauche, troubles de déglutition des solides, goût émoussé (quinine).

A l'examen du larynx. — Paralysie des dilateurs de la glotte. A l'état de repos, les

cordes restent fixées en position para-médiane, elles se rapprochent lors de la phonation.

Lors de l'inspiration, la fente glottique s'élargit légèrement, mais ne dépasse pas deux millimètres.

Nous sommes donc en présence d'une paralysie des dilatateurs, c'est une paralysie bilatérale des cordes vocales en position para-médiane.

Voix normale, mais dyspnée marquée avec de temps en temps accès de suffocation.

Nous demandons à un confrère radiologiste d'examiner cette malade pour voir si cette paralysie ne serait pas due à une compression, ce qui serait rare d'ailleurs, étant donné la bilatéralité.

L'examen radioscopique et radiographique est négatif.

Pas de lésions pulmonaires visibles, médiastin postérieur clair. Aorte plus opaque que normalement, mais non augmentée de volume.

Bordet Wassermann négatif.

Le taux de l'albumine cephalo-rachidienne est seul légèrement augmenté : 0,33 %.

La tension au manomètre de Claude est 22.

Epreuve de Queckenstedt (37).

Azotémie : 0,38 par litre.

En résumé, il s'agit d'une paralysie des dilatateurs et nous l'avons dite associée parce qu'il existait des signes de paralysie non seulement dans le domaine du spinal, mais également du glosso-pharyngien.

L'étiologie reste douteuse. L'examen complet du système nerveux — les épreuves de laboratoire — la radioscopie des organes médiastinaux n'ont apporté aucun élément concluant.

On ne trouve dans les antécédents de la malade aucune histoire infectieuse (ni diphtérie, ni fièvre typhoïde) et le Bordet-Wassermann est resté négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il n'existe enfin actuellement aucun signe de tabes net.

Depuis le mémoire fondamental de Gerhardt, est intervenu le remarquable travail de MM. Lermoyez et Ramadier — et ces deux auteurs ont attribué dans l'étiologie de la paralysie des dilatateurs un rôle prépondérant à la syphilis.

Cette notion tend à devenir classique et nous n'en voulons pour preuve que les résultats obtenus par le traitement spécifique.

Dans le cas qui nous concerne et qui rentre au point de vue étiologique dans le 4^e groupe indiqué par MM. Lermoyez et Ramadier, c'est-à-dire dans la paralysie des dilatateurs cryptogénétique, puisque nous n'avons abouti à aucune étiologie nette — nous avons cependant soumis la malade à un traitement spécifique intensif.

Actuellement il semble que la corde vocale droite se mobilise avec plus de facilité, ce qui tendrait à penser que la syphilis intervient bien encore dans notre cas.

Quoi qu'il en soit, sans vouloir ouvrir des discussions sur la pathogénie ou autres questions, ce cas nous a paru intéressant à relater uniquement parce qu'il s'agissait d'une paralysie des dilatateurs associée à des troubles paralytiques unilatéraux de la IX^e paire.

CANCER MASTOÏDIEN

Par **PREDESCU-RION**

(Professeur à l'Université de Clug (Roumanie))

Jeune fille de 23 ans, accuse depuis 2 ans un léger écoulement de l'oreille gauche avec des hémorragies souvent répétées (parfois assez abondantes) des élancements douloureux, des fois même très douloureux, irradiant dans tout l'hémicrâne.

Six mois après le commencement de la maladie, un otologiste lui a sorti du conduit, un polype. Une année après, le même médecin lui a sorti un autre polype, suivi d'une hémorragie sérieuse. A cette époque survint une paralysie faciale.

Lorsque je l'ai vu elle avait une tumeur très rouge, d'aspect muriforme, grosse comme une noix moyenne, remplissant la conque saignant facilement. La mastoïde était sensiblement tuméfiée. La paralysie faciale était totale (depuis 3 mois). Elle sentait des douleurs presque continuelles, parfois insupportables, qui l'empêchaient de se reposer. L'exportation de la tumeur est suivie d'une forte hémorragie qui a cessé grâce à un tamponnement serré du conduit. Dans les sections de la tumeur faites par le Prof. Titu Vasilu on voit : une prolifération papillomateuse avec des cellules cylindriques, dans le stroma, une infiltration massive de plasmazellen, des dilatations kystiques, donc une tumeur épithéliopapillomateuse suspecte de malignité. Je la fait traiter par les rayons X à la suite desquels la sécrétion de l'oreille a presque disparu, les douleurs diminués. La malade est rentrée chez elle, mais deux mois après elle revient en ayant des élancements très douloureux, qui lui rendaient la vie insupportable. Elle me prie instamment de l'opérer.

Quoique pour moi l'idée d'une tumeur maligne était certaine, je l'ai opérée.

Dès que j'ai commencé à racler le périoste mastoïdien, il s'est déclaré une véritable hémorragie absolument inaccoutumée dans une intervention sur la mastoïde. On pouvait apercevoir au moment des répts, plusieurs rameaux sanguins assez développés venant de la profondeur de la mastoïde. Sans trop m'attarder, avec une large gauge j'enlève vite la corticale externe, ce qui met fin à l'hémorragie. On a alors sous les yeux un tableau tout à fait inattendu ; qu'on s'imagine une ruche d'abeilles dont les trous étaient remplis d'une poudre grise très foncée, on aurait dit de la moisissure. Après quelques légers coups de curette dans la direction de l'antra, une hémorragie très grande, m'empêche d'aller plus loin.

Le 5^e jour, à l'occasion du changement du pansement qui était d'une odeur répugnante, je continue mon opération. On aperçoit un séquestre, que j'attrape avec une pince Kocher, mais à peine bougé de sa place, le sang coule en nappe. J'extraie pourtant le séquestre, gros comme une noix moyenne, et je fais une rapide exploration à l'aide d'un stylet boutonné.

On sentait une grande brèche qui laissait sentir dénudée la méninge dans la caisse, l'antra faisant une cavité unique avec la caisse, le massif du facial disparu (avec le séquestre) ; la paroi inférieure de la caisse grandement béante, laissait pénétrer le stylet profondément, la paroi antérieure intacte ; la paroi interne rugueuse.

L'hémorragie venait donc de la jugulaire qui avait été ouverte par le processus destructeur.

C'était impossible d'aller plus loin, et je termine en faisant un tamponnement serré à la gaze iodoformée. Après quelques péripéties l'hémorragie est arrêtée. On met tout en œuvre pour remédier à la perte de sang. Le 6^e jour on change le pansement qui était d'une odeur répugnante. 30 jours après l'opération le pansement ne sentait plus mauvais, la plaie était très réduite. Une radiographie montre des traînées opaques grosses et dirigées en éventail vers la nuque, vertex et face.

48 jours après l'opération elle est rentrée chez elle très affaiblie et anémiée. La plaie présentait un aspect bourgeonnant avec tendance à l'hémorragie.

La tumeur a-t-elle commencé dans la muqueuse de la caisse ou dans une des parois osseuses ?

La masse tumorale que mon collègue Vasiliu a examiné, a été enlevée loin du commencement de l'affection, dont le principal symptôme a été la douleur.

La suppuration très réduite de l'oreille n'a-t-elle pu être due à l'intéressément secondaire de la caisse ?

D'après ce qu'on a lu, j'incline à croire que le processus a commencé dans la mastoïde. Les élancements douloureux dans tout l'hémicrâne dès les premières manifestations de l'affection, le font croire.

Je regrette de ne pas avoir pu avoir le résultat de la poudre grise trouvée dans la mastoïde (elle a été égarée).

La question qui se met avec insistance est de savoir si cette poudre grise foncée (très probablement une variété d'*Aspergillus*) n'a pu être la cause principale de cette évolution maligne formant l'épine irritative qui a provoqué la cancérisation.

Ou secondairement sur la tumeur, est venue se superposer le mycelium ? Mais pourquoi nous ne l'avons pas trouvé dans le conduit ?

C'est là un cas clinique bien rare, en même temps qu'intéressant.

CALCUL SALIVAIRE

Par **HAYDAR IBRAHIM**

(Constantinople)

Le calcul salivaire que je vous présente me paraît intéressant par sa rareté. Il pèse exactement 20 grammes et a une longueur de 7 cent. $1/2$. Pour ma part la plus lourde lithiase salivaire que j'ai trouvée dans la littérature médicale ne pèse pas plus de 18 grammes.



Cette pierre *précieuse* est extraite de la glande sous-maxillaire droite d'un homme âgé de 102 ans. Mon patient, centenaire, l'a remarquée depuis 13 ans, et me l'a conservée, sans doute pour me faire établir un record mondial.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 16 décembre 1929

PRÉSIDENTE DE M. REVERCHON

Président

SOMMAIRE

<p>I. <i>H. Bourgeois</i>. — Cancer récidivé de l'ethmoïde, traité par la diathermie 416</p> <p>II. <i>Fouquet</i>. — Présentation de malades traités par la diathermie 417</p> <p>III. <i>Maurice Sourdille</i>. — Nouvelle technique chirurgicales pour le traitement des surdités de conduction..... 417</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>A. Hautant</i> 418</p> <p>IV. <i>A. Hautant et Zimmer</i>. — Présentation de deux cas rares de tuberculose des fosses nasales : tuberculose ostéo-cartilagineuses 418</p> <p>V. <i>A. Hautant et Zimmer</i>. — Présentation d'un cas d'ostéo-</p>	<p>myélite du maxillaire supérieur chez un nouveau-né de 4 semaines 420</p> <p>VI. <i>G. Worms</i>. — Fistule congénitale ant-auriculaire 421</p> <p>VII. <i>Collet</i>. — Communication..... 421</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Lemaître, Collet</i>..... 421</p> <p>VIII. <i>L. Baldenwech</i>. — Un signe non décrit d'insuffisance vélo-palatine 421</p> <p>IX. <i>Jousseau</i>. — A propos des incidents au cours de l'anesthésie locale pour amygdalotomie.. 424</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Bourgeois, Lemaître, Baldenwech</i> 425</p>
---	---

M. le PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à M. le Dr WERNER, assistant du Pr NAGER (*de Zurich*), à M. le Dr José DUERTO (*de Barcelone*) à M. le Dr LEDOUX (*de Bruxelles*).

I. H. Bourgeois. — Cancer récidivé de l'ethmoïde, traité par la diathermie.

Je vous présente ce malade à la suite de la communication d'HAUTANT sur la bénignité relative de certains néoplasmes de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur.

Opération selon MOURE, en février 1927 ; le malade revient en janvier 29 avec une récurrence visible par l'orifice des fosses nasales, occupant la partie supérieure de celle-ci à la fois sur la paroi interne et sur la paroi externe ; essais infructueux de diathermie par les voies naturelles.

Je me décide alors à ouvrir les fosses nasales selon ma première incision ; le large accès obtenu me permet de voir que la récidive occupait la face interne de la branche montante du maxillaire, la voûte nasale dans sa partie antérieure et moyenne et la cloison sur une grande partie de sa portion osseuse. Diathermie énergique à plat sur les parois interne et externe et naturellement plus timorée au niveau de la voûte ; suture.

Le malade a été pris d'un érysipèle peu de jours après son opération et nous l'avons perdu de vue assez longtemps. Il nous est revenu avec une large désunion de sa cicatrice dans la partie supérieure et un nez encombré de croûtes malodorantes. Nous l'avons débarrassé de celles-ci en deux ou trois séances ainsi que de volumineux séquestres représentant la plus grande partie de son vomer et de la lame perpendiculaire de l'éthmoïde. Après cette toilette il a été aisé de voir et de coaguler prudemment, à plusieurs reprises, quelques bourgeons cancéreux insérés sous la partie antérieure de la lame criblée.

Actuellement nous sommes heureux de conserver le large orifice situé latéralement sur la partie haute de la pyramide nasale, car il nous permet une surveillance facile. Pour l'instant la partie semble gagnée.

II. Fouquet. — Présentation de malades traités par la diathermie.

1^o Déjà présenté à la Société, il y a six mois cette malade était atteinte d'un épithélioma spino-cellulaire intéressant la base de la langue, l'amygdale linguale, le sillon glosso-épiglottique droit et l'épiglotte. Elle fut traitée par cinq séances de Diathermo-coagulation. Nous la présentons aujourd'hui pour montrer la cicatrisation persistante ;

2^o Présentation d'un lupus traité en 1928 à l'hôpital Saint-Louis dans un service de dermatologie par le galvano-cautère et ultérieurement par rayons ultra-violets. Le résultat obtenu est insuffisant ainsi que le montre la photographie. On nous adresse cette malade pour essayer la D. C. sans avoir beaucoup d'espoir de résultat.

Devant cet envahissement énorme endo et exo-nasal, on traite simultanément les lésions pituitaires par l'étincelle de tension et les lésions cutanées par diathermo-puncture massive de la pyramide nasale et de la lèvre supérieure, l'aiguille étant dirigée légèrement oblique par rapport au plan cutané, amenée au contact cartilagineux et ramenée de quelques millimètres pour éviter l'eschare cartilagineuse. Pansements au tulle gras ; en huit semaines la peau est régénérée et le processus paraît éteint. Pas de récidive à ce jour.

III. Maurice Sourdille (de Nantes). — Nouvelles techniques chirurgicales pour le traitement des surdités de conduction.

Cette communication a paru *in extenso* dans les *Annales des Maladies de l'Oreille*.

— **A. Hautant.** L'exposé de notre collègue Sourdille est extrêmement intéressant. Il pose à nouveau la question du traitement chirurgical de la surdité. Depuis longtemps, je suis convaincu que l'on peut obtenir par la chirurgie un certain soulagement de cette pénible infirmité, restée l'opprobre de l'otologie.

La technique de Sourdille comprend deux parties. La première s'adresse à la caisse et aux osselets. Je n'ai pas grande confiance dans ses résultats. Depuis longtemps les otologistes ont sectionné les brides, les tendons, mobilisé les articulations, traité les tympanes, et tout cela en vain : aucune de ces méthodes chirurgicales ne s'est réellement implantée. Le traitement chirurgical d'une cicatrice, d'un tendon rétracté, etc., apporte momentanément un certain soulagement. Une nouvelle cicatrice se forme, et le trouble fonctionnel réapparaît.

La seconde partie de la technique de Sourdille s'adresse aux canaux semi-circulaires, elle provoque une décompression des liquides péri-labyrinthiques et l'amélioration de l'audition. J'ai grande confiance dans cette seconde partie de la technique de Sourdille. Après la première opération portant sur la caisse, l'audition de sa malade s'était peu améliorée. Au contraire après la seconde, portant sur le canal semi-circulaire externe, immédiatement, sur la table d'opération, la malade a accusé une très grande amélioration de l'audition.

Il y a deux ans et demi, j'ai présenté à notre société deux malades atteints de vertiges ; j'avais pratiqué une intervention sur un canal semi-circulaire, dans le but de supprimer le vertige. A ma grande stupéfaction, tous deux furent très améliorés au point de vue auditif. J'ai revu l'une d'elles deux ans et demi après l'opération, et l'amélioration auditive s'était maintenue. En étudiant ces malades de plus près, j'ai constaté que leurs canaux étaient encore un peu excitables : l'épreuve calorique était présente quoique diminuée. Il est vraisemblable que mon opération avait porté seulement sur la coque osseuse du canal, et avait respecté le canal membraneux. La goutte de liquide que j'avais vu sourdre du canal était de la périlymphe et non de l'endolymphe. Mais la décompression du labyrinthe avait été suffisante pour améliorer l'audition.

Je crois que beaucoup de surdités sont dues des lésions portant à la fois sur l'oreille moyenne et sur l'oreille interne. Et dans l'oreille interne, l'hydropisie du labyrinthe si bien mise en évidence par les travaux de Wittmaack joue certainement un grand rôle. En agissant sur elle, il est possible qu'on améliore plus ou moins passagèrement l'audition. Ces interventions ne sont pas dangereuses. L'ouverture d'un canal osseux au fond d'une tranchée mastoïdienne, sans intervention préalable sur la caisse, est bénigne. Il faut éviter la gouge en approchant du massif facial, car il peut se produire une fracture en éclat de vitre, et ce trait de fracture à distance peut sectionner le facial.

Si nous avions la patience d'opérer très lentement, comme les neuro-chirurgiens, et de disséquer au grattoir, au couteau, comme le faisait Girard quand il préparait ses pièces modèles de son admirable atlas sur le labyrinthe osseux, nous pourrions décompresser l'oreille interne par l'ouverture d'un canal semi-circulaire osseux. Il faut absolument respecter le canal membraneux, car je suis convaincu que la simple piqûre d'un canal membraneux, suivie de l'écoulement même très minime de l'endo-lymphe, se traduit par la surdité totale immédiate.

IV. A. Hautant et G. Zimmer. — Présentation de deux cas rares de tuberculose des fosses nasales : « Tuberculose ostéo-cartilagineuse ».

1^o La première malade, âgée de 50 ans, est suivie depuis 3 ans par le Dr Hautant.

L'affection a débuté en 1927 par une grosseur de la racine du nez, qui se

développa en quelques mois et qui fit penser à son médecin à un cancer des fosses nasales.

A cette époque, la racine du nez était élargie, une grosse tuméfaction siégeait sur sa face latérale droite, remontant jusqu'à l'angle interne de l'œil, en arrière des os propres sur la branche montante du maxillaire ; complètement indolore ; peau d'aspect normal ; pas de ganglions. Dans la fosse nasale droite, à sa partie supéro-externe, la muqueuse était légèrement tuméfiée et granuleuse.

Le Wassermann était négatif. Un traitement iodé intense ne fut suivi d'aucune amélioration. Plusieurs biopsies restèrent sans résultat.

Un curettage des lésions ostéo-périostées, par incision sus-labiale, fut pratiqué par le Dr Hautant et l'examen d'un fragment montra qu'il s'agissait de tuberculose. Du reste, ce diagnostic fut confirmé par la suite : *d'une part, par l'évolution* : apparition sur le cornet inférieur, puis le plancher de la fosse nasale droite, de végétations molles, se propageant à la cloison et à la narine opposée ; *d'autre part, par l'apparition sur le trajet des lymphatiques de chaînes ganglionnaires.*

L'un génien a été extirpé ; les autres, sous-maxillaires et prétagiens ont suppuré et laissé des cicatrices caractéristiques.

Enfin, l'image pulmonaire montre un aspect de tuberculose fibreuse sans lésion en évolution.

Nous avons vu évoluer pendant 2 ans ces lésions. Nous insistons *sur ce début nettement ostéopériosté* qui, comme aspect et comme siège, rappelait la syphilis (les lésions périostiques se voient sur une radiographie faite au début) ; sur la propagation secondaire de la tuberculose sur les muqueuses des fosses nasales ; sur l'extrême rareté de cette forme de tuberculose nasale dont le diagnostic a été confirmé par l'inefficacité du traitement antisyphilitique, les résultats du laboratoire et des biopsies, l'apparition des ganglions bacillaires.

2° La deuxième malade, âgée de 70 ans, présente une histoire plus complexe dont voici le résumé :

Début en 1926 par une grosseur à la racine du nez, qui augmenta en quelques mois, et présente une large ulcération ; elle fut envoyée à l'Institut Curie, avec le diagnostic de cancer du nez.

Vue par le Dr Hautant, elle présentait alors :

Une large ulcération de près de 2 centimètres de diamètre, au niveau des os propres du nez, à fond bourgeonnant et mou ; au centre, une fistule où le stylet venait buter contre des fragments d'os.

Un gonflement sur la face latérale droite du nez, mou, fluctuant, recouvert d'une peau rouge, violacée.

Dans la fosse nasale droite, quelques végétations sur la tête du cornet moyen et sur la cloison.

Résultat des biopsies : pas de néoplasme ; tuberculose possible.

Wassermann : négatif.

Un traitement antispécifique fut institué et longtemps prolongé : 3, puis

6 grammes d'iodure, injections de Quinby, sans amélioration importante.

Un large curettage des os malades fut pratiqué par le Dr Hautant, ramenant des esquilles et la plaie fut fermée par un lambeau frontal. Un fragment intra-nasal, examiné, montra encore de nombreuses formations épithélioïdes.

Mais le diagnostic de tuberculose nasale fut confirmé par l'apparition, dans les mois qui ont suivi l'intervention, de nodules inflammatoires au niveau des doigts, évoluant vers la suppuration, l'inoculation du pus au cobaye étant positive.

Dans les années qui ont suivi, d'autres localisations osseuses et articulaires sont apparues et, actuellement, vous pouvez constater :

- Des lésions cicatricielles sur la phalange gauche ;
- Des fistules sur le dos de la main droite ;
- Une tumeur blanche de la tibio-tarsienne gauche.

Quant aux lésions nasales, elles sont en régression : la tuméfaction latérale a beaucoup diminué : l'examen endoscopique montre des fongosités molles, saignantes sur la face externe des fosses nasales, au-dessous de la tête du cornet inférieur.

V. A. Hautant et G. Zimmer. — Présentation d'un cas d'ostéo-myélite du maxillaire supérieur chez un nouveau-né de 4 semaines.

A 2 semaines, ce nourrisson a présenté un écoulement purulent de la narine gauche, puis une tuméfaction unilatérale de la face.

Quand nous le voyons, cette tuméfaction prend tout le massif facial gauche : elle s'étend à l'angle interne de l'œil, efface le sillon naso-génien, gagne le rebord alvéolaire, la voûte palatine dont la moitié correspondante est bombée.

La peau est rouge, la palpation montre la consistance spongieuse, fluctuante de toutes ces régions et fait sourdre du pus grumeleux de la narine gauche et d'une fistule située sur la gencive.

Pas de température ; pas de troubles digestifs ; les tétées sont normales.

Le point de départ de l'infection s'est fait au niveau des germes dentaires comme le montre l'amélioration survenue après le curetage de la fistule alvéolaire, ramenant deux dents incomplètes, le germe en cause étant le staphylocoque.

C'est la seule intervention qui a été pratiquée : on y a adjoint le stock-vaccin, le drainage se faisant par la narine, la fistule alvéolaire et une fistule apparue sur la voûte palatine.

La grosse tuméfaction faciale a disparu en 3 jours et il reste actuellement un épaissement mou de son massif facial d'où la pression fait sourdre du pus par plusieurs fistules gingivales et palatines.

Si l'ostéomyélite du maxillaire supérieur est rare, il est exceptionnel de rencontrer une forme aussi torpide, ne s'étant jamais accompagnée de signes généraux et semblant comporter un pronostic aussi favorable.

VI. G. Worms. — Fistule congénitale anté-auriculaire.

Le sujet que j'ai l'honneur de vous présenter est porteur d'une petite malformation congénitale de l'appareil auriculaire d'un type relativement peu répandu.

Il s'agit d'une fistule bilatérale strictement symétrique située à l'origine de la portion ascendante de l'hélix. Le trajet sous-cutané présente une direction légèrement oblique en bas et en arrière et sa longueur atteint 1 cm. 1-2 environ. Ce sujet (20 ans) ne s'était pas inquiété jusqu'ici de ce léger vice de conformation, mais, dans ces derniers temps, au cours de séances de boxe la région auriculaire gauche fut violemment traumatisée, il s'ensuivit une infection de la fistule de ce côté, avec réaction inflammatoire assez vive, suppuration du trajet et lymphangite péri-fistulaire.

Cette poussée s'est apaisée sous l'influence de pansements humides et d'injections de collargol intra-canaliculaire.

Ce malade ne connaît pas d'anomalie semblable chez ses ascendants ou ses collatéraux.

Je me propose de pratiquer incessamment la résection de ces deux trajets fistulaires.

VII. Collet. — Communication.

— **Lemaître.** Un mot justement pour dire que la prochaine fois je compte présenter une malade atteinte d'une tumeur de la base de la langue et qui me rappelle un certain nombre de cas que nous avons peut-être vus autrefois : et ces cas ont fait l'objet de la thèse de Leulier (1906).

Ce qu'il y a de particulier, c'est que, presque toujours l'ébauche médiane de l'isthme du corps thyroïde disparaît.

Chez la malade en question, il n'y a pas du tout de corps thyroïde sur la ligne médiane : on sent directement la trachée.

— **Collet.** Je me permettrai de répondre à M. Lemaître que, d'après Remy Nérès, il semblerait que les deux ébauches latérales, dans ces cas-là, ne se développent pas, qu'elles demeurent kystiques.

VIII. L. Baldenweck. — Un signe non décrit d'insuffisance vélopalatine.

M. Renée, 19 ans, m'est amenée par sa mère, le 5 octobre 1929, parce qu'elle parle du nez depuis son enfance. Elle voudrait qu'on lui enlève les cornets, opération qui a très bien réussi à sa sœur qui, elle aussi, parlait du nez.

De fait, notre patiente présente des cornets inférieurs hypertrophiés, avec grosses queues de cornet inférieur, la cloison est légèrement déviée à droite, avec épaississement du pied et la muqueuse en est épaissie, surtout en arrière où elle a un aspect verruqueux. Pas d'adénoïdes.

Mais ce qu'il y a de plus notable, c'est une brièveté congénitale du voile

ou plus exactement, comme le voulait Lermoyez, une insuffisance vélo-palatine, ainsi que nous allons le démontrer.

La distance entre le bord inférieur du voile et le pharynx est au repos, au moins de 3 centimètres. De plus, la luette, très petite, présente une ébauche de bifidité.

Ce ne sont pas là les seules malformations. En effet, le toucher fait sentir une perte de substance du palais osseux, au niveau de son bord postérieur. Il y a là, sur la ligne médiane, une encoche triangulaire de près de 1 centimètre ; c'est la classique encoche de BORNES. Elle est recouverte ici, non pas par du muscle, mais par un mince voile membraneux.

Cette encoche est-elle prolongée par le palais osseux par une fissure longitudinale, ainsi que l'a décrit il y a quelques années, un auteur, tchécoslovaque dont je n'ai malheureusement pu retrouver le travail et ainsi que le laisse supposer ici l'écartement très notable des incisives médianes supérieures ?

Pour m'en assurer, j'ai fait faire des radiographies.

Les radiographies dentaires que je fais passer sous vos yeux, montrent que la suture palatine médiane ne se présente pas sous son aspect habituel. Le rebord possède une fine fissure longitudinale ; il se prolonge en arrière irrégulièrement, sous forme d'une fente minuscule, cependant très nette par places (ainsi qu'on peut le voir sur les petits films) mais qui semble oblitérée par ailleurs.

Quoi qu'il en soit, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la comparaison avec d'autres radiographies et notamment avec les planches 79 et 80 de l'Atlas de Belot et Lepannetier, les malformations palatines, quoique légères, sont manifestes.

Ainsi nous nous trouvons donc bien en présence de troubles du développement du palais osseux. Qu'il y ait également développement imparfait du palais mou, cela n'est pas douteux (ébauche de bipidité de la luette), mais anatomiquement, il passe au second plan, et à cet égard, Lermoyez avait raison de s'élever contre le terme de brièveté congénitale du voile et de proposer celui d'insuffisance vélo-palatine.

Dans notre cas, cette insuffisance vélo-palatine prend même une valeur physiologique et c'est là le but principal de notre communication.

En effet, indépendamment de la rhinonalie ouverte classique en l'espèce, la malade présente du rejet des liquides par le nez. Mais ce rejet est très particulier ; il ne se produit que dans une seule circonstance ; c'est quand elle pénètre la tête fortement en avant. Dans la position normale de la tête, la déglutition des liquides est normale. (Je regrette que cette jeune fille n'ait pas répondu à ma convocation pour vous en faire la démonstration.)

Ce reflux des liquides par le nez, seulement dans la position tête penchée en avant, existe depuis sa plus tendre enfance et la patiente y est tout à fait accoutumée.

Inutile de dire que je me suis assuré qu'il n'y a aucun signe même le plus

léger, de paralysie de voile du palais. Il n'y a pas d'angine quelconque dans les antécédents.

Donc, le signe est bien relié à l'insuffisance vélo-palatine. Et si j'ai cru intéressant de le rapporter, c'est que tous les classiques français ou étrangers que j'ai pu consulter à cette occasion, insistent à l'envie sur l'absence de rejet des liquides par le nez. Cela est vrai, dans notre cas, dans la position naturelle de la tête ; cela n'est plus quand la tête est penchée en avant.

Comment expliquer la production de ce symptôme ?

D'abord, il est facile de s'assurer qu'il n'existe pas chez un sujet normal. Celui-ci avale correctement les liquides dans n'importe quelle position de la tête. Et cela va de soi, puisque pendant la déglutition, le voile s'applique contre la paroi postérieure du pharynx réalisant la séparation des cavités buccales naso-pharyngées.

Chez notre sujet, la contraction du voile, du fait de la brièveté et de la distance qui le sépare de la paroi pharyngée, ne détermine qu'une occlusion très imparfaite. Elle est cependant suffisante dans la position normale de la tête pour deux raisons probables : a) une adaptation physiologique des muscles palatins, pharyngiens et linguaux à l'imperfection anatomique ; b) l'action de la pesanteur qui guide naturellement les liquides vers l'œsophage.

Mais quand la tête est penchée en avant, il n'en est plus ainsi. Au moment de la déglutition, le liquide, sous l'influence de la pesanteur, filtre derrière le voile et passe dans le rhino-pharynx mal occlus. Il s'y ajoute aussi certainement un manque d'adaptation dans cette position, car le reflux des liquides par le nez n'a pas lieu pour les petites gorgées.

Un autre fait vient à l'appui de notre manière de voir. J'ai opéré en janvier dernier un jeune homme de division congénitale totale du voile du palais. Je l'ai revu ces jours derniers. Il est en parfait état : son voile est bien fermé ; mais il est évidemment et plus court et moins souple qu'un voile normal. J'ai donc chez lui refait l'expérience et elle a été démonstrative : pas de reflux des liquides, tête droite ; mais reflux par le nez tête penchée en avant... Cet homme m'a alors dit avoir remarqué la même chose : c'est-à-dire que quand il boit, rien ne lui sort par le nez, mais quand il mange sa soupe, elle reflue volontiers par les fosses nasales.

Dans le 1^{er} cas, il a la tête droite ou penchée en arrière : dans le 2^e, il a la tête penchée sur son assiette. Seulement chez lui, le signe est plus marqué que dans le cas de notre insuffisance vélo-palatine et se produit avec un degré moindre d'inclinaison de la tête ; car son voile opéré est plus court, la distance vélo-pharyngée plus grande et le travail musculaire physiologique moins correct et moins souple que dans le cas de la jeune fille à l'insuffisance vélo-palatine qui fait l'objet de la communication.

IX. Jousseau. — A propos des incidents au cours de l'anesthésie locale pour amygdalectomie.

Si l'anesthésie locale nous rend de grands services, elle présente aussi certains inconvénients.

Des accidents graves et même mortels, ont été signalés par différents auteurs, et notamment ces derniers temps M. Canuyt a fait dans une communication au congrès d'oto-rhino-laryngologie, en octobre 1928, dans un numéro des *Annales*, en mai 1929, enfin plus récemment dans la thèse de son élève Klotz, un exposé de ces faits.

Quand on cherche la cause de ces différents accidents, on est désillusionné. Les différents auteurs soit à l'étranger, soit en France, invoquent la susceptibilité individuelle du sujet, son état lymphatico-thymique ou bien sa névrosité particulière.

Or, aucune de ces causes ne semble très satisfaisante et d'autre part, elles sont bien peu consolantes, car lorsque nous allons entreprendre une intervention, comment soupçonner qu'un thymus pèse un petit peu trop, comment soupçonner également qu'une nervosité très habituelle chez les sujets qu'on va opérer va pouvoir entraîner des accidents graves ?

Il est certain que la susceptibilité individuelle du sujet est prouvée expérimentalement même, et Klotz dans sa thèse le rappelle justement... Il est certain qu'un thymus peut causer des méfaits, quoique le thymus soit accusé très souvent de beaucoup de péchés, alors qu'il est innocent.

Mais je crois que toutes ces causes ont une importance secondaire et pour appuyer ces réflexions, je voudrais citer une observation personnelle. Je crois cette observation intéressante parce que complète. Je dois dire que dans mon cas, il ne s'est agi que d'un incident qui m'a causé simplement une alerte :

Au mois de février dernier (1929), au dispensaire Rouennais de la Société de Secours aux Blessés Militaires, je me disposais à pratiquer une amygdalectomie totale chez un sujet de 16 ans : je me disposais à injecter une ampoule de 2 c/ms de la solution de syncaïne Clin à 4 % pour chaque amygdale et 2 ampoules de 5 c/ms de la solution de syncaïne Clin. à 1 %. A peine avais-je injecté l'ampoule de 2 c/ms à 4 %, que je vis la respiration s'arrêter, le malade perdre connaissance, la cyanose apparaître au niveau du visage, les convulsions se manifester au niveau du membre supérieur et inférieur gauche, du côté où j'avais pratiqué l'anesthésie.

Immédiatement, je fis la respiration artificielle, une injection éthéro-camphrée, et au bout de 3 minutes la respiration reprenait et le sujet reprenait connaissance ; au bout d'un quart d'heure il absorbait un bol de café et au bout de 3/4 d'heure il s'en allait se plaignant simplement d'un peu de mal de tête.

Si mon observation s'arrêtait là, elle ne serait pas intéressante parce que les différentes hypothèses que j'invoquais pourraient être mises en discussion.

Je dois dire que, contrairement, à mon habitude, cette fois-là, je n'avais pas pris deux précautions que je juge très importantes. En effet, pressé par

le grand nombre d'interventions et de consultations ce jour au dispensaire, je n'avais pas, après avoir enfoncé l'aiguille, pratiqué une petite aspiration pour voir s'il ne venait pas de sang, et d'autre part, j'avais fait l'injection un peu vivement. J'étais convaincu que dans mon cas, étant donnée la brusquerie des choses, la cause de ces accidents devait être due à la pénétration de quelques gouttes de l'anesthésique dans le torrent circulatoire. Si bien que persuadé de ce fait, 8 jours après, je pratiquai alors l'amygdalectomie totale chez ce sujet, en utilisant le même procédé d'anesthésie locale, les mêmes ampoules, mais alors, cette fois, en ayant soin de faire ces deux gestes : d'une part, l'aspiration et, d'autre part l'injection très lente. Cette deuxième fois, pas le moindre incident. 8 jours plus tard, la guérison était complète.

Je dois ajouter qu'au cours de cette amygdalectomie, sans avoir eu aucune hémorragie sérieuse, j'ai remarqué que le sang s'écoulait en assez grande abondance et qu'il y avait un réseau veineux assez développé sur la face profonde de l'amygdale. J'ai depuis cet incident cessé d'employer la solution à 4 %, mais la concentration ne peut être mise en cause puisqu'elle fut très bien tolérée la seconde fois.

Je dois ajouter autre chose, c'est que dans la très intéressante thèse de Klotz, lorsqu'on parcourt les tableaux qui sont annexés et relatant tous les accidents mortels qui se sont produits en oto-rhino-laryngologie, on remarque que les 9/10 surviennent au cours de la tonsillectomie. C'est qu'on a affaire à des régions très vasculaires dans lesquelles par inadvertance cet anesthésique passe justement dans le sang et produit les accidents mortels signalés.

— **Bourgeois.** L'idiosyncrasie et la pénétration directe de l'anesthésique dans les vaisseaux sont des causes incontestables d'accident. Mais il est également classique de prendre en considération la concentration de la solution injectée ; à mon avis le titrage à 4 % est dangereux ; j'ai vu un malade pris d'un malaise subit avec phénomènes convulsifs immédiatement après l'injection d'un centimètre cube de novocaïne à 4 %, pour anesthésie régionale du nerf maxillaire supérieur. Pour l'amygdalectomie comme pour toutes les autres interventions, j'emploie la formule habituelle à 1/200.

— **Lemaître.** Je dois dire que nous n'employons jamais que la solution à 1/2 % et que jamais je n'ai vu le moindre accident.

— **Baldenweck.** J'emploie toujours des solutions au 1/100, au 1/150 et au 1/200 et j'ai cependant eu des accidents graves d'œdème aigu pulmonaire.

Du reste, je compte en faire une communication fort détaillée. Je ne sais si dans mes cas, l'anesthésie locale y est pour quelque chose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION L'OTOLOGIE

Séance du 1^{er} novembre 1929 (1)

I. W. M. Melhisson. — Un rapide coup d'œil sur l'historique de l'opération mastoïdienne.

La première mention écrite d'une intervention mastoïdienne semble avoir été faite par Johannes Riolanus, qui, en 1649, écrivait : « Dans la partie supérieure de la cavité tympanique, on voit un petit orifice qui conduit en s'élargissant graduellement dans une vaste cavité, laquelle présente partout de petites dépressions semblables aux cellules d'un gâteau de miel et remplies d'air. Il arrive que, lorsque cet air qui devrait toujours être en repos, se trouve agité par l'arrivée d'un air nouveau, il y ait des bourdonnements d'oreille. Alors comment faire sortir cet air qui est la cause de ces troubles ? Il n'y a pas d'autre moyen qu'en trépanant l'apophyse mastoïde... Quand la trompe d'Eustache ne joue plus son rôle, pourquoi l'extrémité cellulaire qui communique avec l'oreille ne la suppléerait-elle pas, en la faisant communiquer avec l'extérieur ». On possède de tableaux qui même avant cette date montrent qu'on incisait la région mastoïdienne. Mais, c'est probablement Petit qui en 1740, a pratiqué la première opération mastoïdienne pour collection purulente. Jasser, en 1776, fit la même intervention, non seulement en cas d'abcès, mais aussi pour lutter contre la surdité. Mais comme un médecin de la Cour de Danemark, Berger, mourut des suites de l'intervention pratiquée pour guérir bourdonnements et surdité, l'opération fut abandonnée. Itard la condamne en 1821, et il faut attendre jusqu'en 1868 ou 1870 pour qu'elle soit reprise de nouveau. L'anatomie et la pathologie de la région étaient cependant bien connues, grâce aux recherches de Duvernay, Valsava, Morgagni, etc..

Les pères de la chirurgie mastoïdienne sont von Tröltsch et Schwartz, mais sans doute les travaux antérieurs de Wilde (de Dublin), de Toynbec et de Hinton ne leur étaient pas inconnus. Un peu plus tard, en 1889, la simple autrotomie devint, entre les mains de Stacke et de Jansen, l'évidement pétro-mastoïdien, encore connu comme opération de Zangl. Et pendant plusieurs années l'évidement eut un succès considérable. Puis on s'aperçut des désastres irréparables qui sont trop souvent au point de vue fonctionnel la conséquence du délabrement opératoire, et une ère conservatrice fut inaugurée vers 1897. Toutes les fois que la chose est possible, on conserve la chaîne des osselets dont l'importance au point de vue de l'audition est considérable. Depuis la tendance n'a pas varié, les techniques seules diffèrent.

(1) Analyse d'après *The Journal of Laryngology*, février 1930.

II. *Grahaur Brown*. — Les triomphes et les échecs de la chirurgie mastoïdienne.

Dans toute intervention mastoïdienne, on se propose d'abord d'enlever la source du mal, d'obtenir une bonne et rapide cicatrisation des lésions, enfin d'assurer un retour *ad integrum* des fonctions de l'oreille. Pour des raisons faciles à comprendre ces *desiderata* sont remplis beaucoup plus aisément dans les affections aiguës que dans les affections chroniques. Aussi la technique opératoire de l'autotomie est-elle universellement la même : il n'y a pas de discussions à ce sujet. Tout au contraire les interventions dites radicales sont loin d'avoir donné toute satisfaction, et on s'est constamment efforcé de les améliorer en leur substituant des opérations moins mutilantes. Les plus récents travaux sur ce sujet sont ceux de Neumann et de Sourdille dont l'auteur cite longuement les conclusions.

L'auteur énumère ensuite les conséquences fâcheuses que peut entraîner une intervention mastoïdienne, puis il expose les principes qui doivent guider dans le traitement post-opératoire des cavités mastoïdiennes.

III. *Stewart et Fraser*. — Complications des otorrhées chroniques

(Cette communication sera analysée quand elle aura paru *in extenso*).

— **Jenkins**. L'auteur décrit brièvement l'opération qu'il exécute depuis plusieurs années, et qu'il exposera au long ultérieurement. Cette opération comporte deux particularités : 1° l'ablation de l'enclume par une incision identique à celle de toutes les interventions mastoïdiennes, mais limitée à la peau ; 2° le remplissage de l'aditus par un lambeau musculaire et périostique bien nourri. Le drainage se fait par le tympan, dont la perforation est élargie s'il est nécessaire.

— **Watson-Williams** remarque que l'audition étant presque toujours gravement compromise chez les sujets candidats à l'évidement, il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'avenir fonctionnel auditif de ces sujets. Dans la technique qu'il pratique, il signale qu'un croissant cutané de l'incision est réséqué, de manière qu'après suture le pavillon se trouve un peu en arrière de sa position normale. Ainsi le conduit est centré au milieu de la cavité opératoire : le nettoyage, les pansements, l'inspection sont rendus beaucoup plus aisés.

— **Aldington** n'est pas certain qu'un lambeau post-méatique soit bien nécessaire. Il ne voit pas non plus d'avantages au greffon musculaire. Depuis qu'il a remarqué l'influence défavorable sur l'audition de l'obturation tubaire, il ne cherche plus à provoquer celle-ci.

— **Sir Dumas Grant** a vu jadis de grandes masses de cholesteatome : il suffisait d'enlever le cholesteatome et de garder sa membrane nourricière pour obtenir très aisément une très belle cavité. On a dit qu'une des indications de l'évidement était l'apparition d'une complication intra crânienne. Cependant dans un cas de thrombose du sinus latéral, l'auteur a pu se contenter d'un simple autotomie avec ligature de la jugulaire, sans aucunement intervenir sur la caisse. On ne parle plus guère de l'ossiclectomie, et l'on a tort. Pour le pansement des évidés on peut se servir d'un simple doigtier en caoutchouc mince que l'on perce en divers endroits. Ce doigtier, ou l'introduit avec un

spéculum dans la cavité, et c'est lui qu'on bourre de mèches. Rien n'est plus facile que de l'enlever, et sans douleur.

— **Harold Kisch** utilise très souvent une greffe musculaire empruntée au temporal, sans qu'il soit besoin d'agrandir l'incision. Avant d'opérer, et quand le malade est endormi il infiltre toujours les tissus de novocaïne-adréraline, ce qui lui permet d'opérer avec une ischémie parfaite.

— **Broughton Barnes** s'est bien trouvé d'enlever les végétations au cours même de l'intervention.

— **Watson Williams** enlève systématiquement les végétations après toute intervention mastoïdienne.

— **Prater** voit beaucoup moins d'otorrhées chroniques graves aujourd'hui que jadis. Il pense que peu à peu l'évidement est une opération qui disparaîtra. De 1906 à 1928, il a pratiqué 701 évidements : sur 422 cas qui ont pu être longuement suivis, 178 avaient une cavité sèche et satisfaisante, tandis que pour 244 la cavité laissait à désirer, soit du fait de la trompe, soit parce qu'il y avait des granulations, etc.

IV. W. A. MILL. — Trois cas d'opération mastoïdienne conservatrice avec greffe du muscle temporal.

Les trois malades ont été opérés d'après la technique suivante. Après avoir fait la simple opération de Schwartze, on enlève la paroi externe de l'aditus de façon à bien mettre en évidence l'enclume. Il est souvent nécessaire d'enlever à ce moment des fragments osseux de la partie postéro-supérieure du conduit. A ce moment on prélève l'enclume qui est presque toujours malade : cette ablation a en outre pour but de favoriser le drainage de l'aditus et de l'attique ; mais le pont osseux est conservé. On nettoie soigneusement la cavité. Puis on découpe dans le muscle temporal un greffon aussi large que possible dont on conserve les attaches antérieures. Il faut pouvoir remplir la cavité opératoire avec le greffon, sans exercer de traction sur celui-ci. On suture et on bande fortement. Le pansement est réduit au minimum et pour ainsi dire sans douleur : simple nettoyage du conduit et instillation de quelques gouttes d'alcool. Sur 10 malades opérés suivant cette technique, 6 ont une oreille sèche.

CAUSSÉ.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 7 juin 1929 (1)

I. Thacker Neville. — Remarques sur deux cas de carcinome de l'œsophage traités par le radon et la diathermie.

L'auteur rapporte deux observations de cancer de l'œsophage traités de manières différentes. Le premier a été traité exclusivement par la diathermie. On a fait plusieurs séances, chacune séparée de la précédente par un intervalle de 9 à 6 semaines. Le résultat au point de vue de la sténose a été parfait, car le malade a pu s'alimenter normalement jusqu'à sa mort, qui est survenue au bout de 1 an, par extension de la tumeur aux poumons. L'autopsie a montré que la paroi œsophagienne avait disparu et était remplacée par un tissu fibreux dense. Dans le second cas on a fait plusieurs applications d'aiguilles de radon avec un résultat très passager en ce qui concerne la dysphagie. La survie n'a été que de 5 mois.

II. Harold Barwell. — Le traitement actuel des sinusites frontales et maxillaires.

L'auteur n'apporte aucune vue nouvelle sur la question, il veut seulement comparer sa pratique actuelle à ce qu'elle était il y a 15 ou 20 ans. Les antiques méthodes qui consistaient à ouvrir une alvéole dentaire ont été remplacées par le procédé de Caldwell Luc, et celui-ci a son tour s'est effacé devant la simple ouverture de la paroi nasale. Ce que l'on veut obtenir, c'est un drainage effectif et permanent de l'antre, suivi d'une régénérescence de l'épithélium ; par conséquent il n'y a pas grand intérêt à faire un large curetage du sinus. Dès que le drainage est établi, la muqueuse s'affaisse, mais il est important que le drainage soit bien permanent.

En ce qui concerne l'antre frontal, le procédé de Kilian avait été généralement accepté, lorsqu'on s'est aperçu qu'il ne donnait pas toujours la guérison, et qu'en revanche il laissait parfois une déformation considérable. Aussi les méthodes intranasales d'agrandissement de l'ostium frontal lui sont-elles maintenant préférées. Personnellement l'auteur est beaucoup plus conservateur qu'il ne l'était il y a 15 ou 20 ans. Pour le sinus maxillaire il fait une simple ouverture nasale et réserve l'ouverture de la fosse canine aux cas les plus graves. Dans les sinusites frontales très douloureuses, quand le traitement médical a échoué, il enlève la tête du cornet moyen, et essaye de passer une canule dans le canal naso-frontal, ce qui est souvent difficile. Pour agrandir ce canal, il se sert de la râpe de Watson-Williams ; il ouvre également le groupe ethmoïdal antérieur. Ce procédé, s'il ne tarit pas complètement la suppuration, la diminue notablement, et soulage beaucoup les malades. Mais s'il n'y a pas d'amélioration, l'auteur ouvre extérieurement le sinus, et il préfère l'aborder par son plancher qu'il resèque entièrement, prolongeant en bas l'inci-

(1) Analyse d'après *The Journal of Laryngologie and Otology*, octobre 1929, p. 682-701

sion pour obtenir un bon accès sur l'infundibulum et le groupe ethmoïdal antérieur. Pas de tamponnement ni de drainage.

— **Bell Tawsee** est d'accord avec Harold Barwell ; lui aussi se contente presque toujours d'une communication nasale, avec le meilleur résultat. Dans la plupart des cas, pour maintenir un drainage permanent, il faut enlever la tête du cornet inférieur.

— **Herbert Tilley** partage les mêmes idées. Il connaît depuis longtemps des malades atteints de sinusite qui se sont refusés à toute intervention et maintenant l'écoulement purulent est réduit à peu de choses et l'état général de ces patients n'a pas été altéré. Il ne fait plus guère qu'une ou deux fois par an l'opération de Caldwell Luc, alors qu'il établit une communication nasale une fois tous les 15 jours. Il préfère l'opération de Luc quand la sinusite est d'origine dentaire. Pour le sinus frontal H. T. préfère également la voie endo-nasale. Mais quand la céphalée ne cède pas, ce qui est dû le plus souvent au cloisonnement du sinus, alors il intervient par voie externe.

— **Layton** : même opinion que les précédents orateurs, avec une nuance, car il est plus conservateur encore pour le sinus frontal et un peu moins pour le maxillaire. Pour le frontal il pense que ce n'est pas tant l'élargissement en général du canal naso-frontal qui importe, que l'ablation de la partie précise muqueuse et osseuse qui s'oppose au drainage naturel. C'est ce fragment et celui-là seul qu'il faut enlever. Pour le maxillaire, il pratique volontiers le Deuker.

— **Watson-Williams**. Il ne faut pas se servir de fraises dans les opérations endo-nasales, mais de râpes dont les faces postérieures et latérales sont protégées.

— **Dundas Grant**. Il faut se souvenir que la douleur supra-orbitaire n'est pas toujours causée par une sinusite frontale. Il y a intérêt à faire la communication nasale le plus antérieur possible. L'ablation de la partie antérieure du cornet moyen donne souvent d'excellents résultats.

III. *Aldington Gibb*. — Douleurs en rapport avec l'inflammation des sinus du nez.

Après un rappel des fonctions physiologiques des sinus de la face et de l'innervation de ces sinus, l'auteur décrit le caractère des douleurs sinusiennes. Ces douleurs ont volontiers le caractère périodique ; elles causent parfois des vomissements. Elles peuvent être ressenties très loin du siège du mal, par exemple derrière le sternum. Pour le sinus maxillaire la douleur est constamment rapportée aux mêmes sièges : oreille, antre mastoïdien. Pour la sinusite frontale, la douleur est frontale ou occipitale. Pour le groupe ethmoïdal antérieur, elle siège dans l'auvent nasal, le globe oculaire, le maxillaire supérieur et la région temporale. Pour le groupe ethmoïdal postérieur, elle siège en arrière du globe oculaire et au sommet de la tête. Les douleurs du sinus sphénoïdal ont le même caractère.

— **Bell Tawsee** a vu deux malades accusants avec la plus grande netteté une douleur mastoïdienne, si bien qu'on pensait vraiment à une mastoïdite. Dans un cas le sinus sphénoïdal était en cause et dans l'autre une carie dentaire.

— **Thaeker Veville** se souvient d'une malade qui se plaignait d'une douleur sur l'auvent nasal ; on n'en pouvait trouver la cause jusqu'au jour où une ponction exploratrice du sinus le trouva rempli de pus.

— **Gardiner** : Il faut penser aux sinus à chaque fois que les malades accusent une douleur absolument fixe et constante.

— **Watson-Williams** ne croit pas qu'il y ait une correspondance aussi exacte entre le siège de la douleur et le sinus atteint.

— **David Young** a jadis étudié les relations du sinus sphénoïdal avec le nerf vidien. Le canal vidien s'étend le long du plancher du sinus ; parfois même il y a des déhiscences qui établissent un contact intime entre ce nerf et le sinus. La douleur auriculaire est due aux nerfs pétreux superficiel et profond allant aux ganglions sotosiques.

IV. *Thacker Neville*. — La narco-anesthésie à la scopolamine-morphine dans les opérations nasales.

L'auteur décrit la technique qu'il utilise dans les opérations nasales : cornets, cloison, Caldwell-Lucas etc. Il fait une injection de morphine-scopolamine à dose variable suivant le poids du sujet. Puis on met un bandage sur les yeux du patient et on fait l'anesthésie locale avec des tampons de coton imprégnés de pâte cocaïnée, ou par injection de novocaïne. Comme résultat de cette anesthésie on observe une respiration rapide, souvent 30 à la minute, et une remarquable tachycardie (140 à la minute). Quelques malades dorment pendant l'opération. Sur 461 malades ainsi opérés, il y a eu 2 morts immédiates et 2 tardives. Au-dessous de 12 ans l'auteur n'emploie pas cette méthode. Il est sage d'injecter de la lobéline toutes les fois qu'à la fin de l'opération le malade ne répond plus aux questions. Une autre bonne précaution c'est d'injecter de l'éphédrine antagoniste de la scopolamine-morphine, et qui arrête toute menace de paralysie respiratoire. Les avantages de cette méthode, c'est qu'elle permet l'anesthésie locale et l'intervention exsanguine si précieuse dans la région nasale.

CAUSSÉ.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES. — SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 3 mai 1929

Discussion sur le traitement de la surdité chronique.

— **Harold Kisch**. Laissant de côté les suppurations auriculaires, on peut grouper les surdités chroniques sous trois chefs : 1° surdités consécutives à un processus inflammatoire aigu ; 2° catarrhe tubaire ; 3° otosclérose. Le premier groupe relève naturellement de l'insufflation et surtout du massage. Le traitement doit être essentiellement prophylactique. En ce qui concerne le second groupe, sans entrer dans le détail des nombreux traitements mis en œuvre, l'auteur remarque que chez les sourds de cette catégorie ayant encore leurs amygdales, ces organes sont infectés dans la proportion de 95 % des cas. Un foyer même minime d'infection amygdalienne suffit à entretenir le catarrhe. Il est également très fréquent de trouver chez l'adulte des adénoïdes, ou une suppuration méconnue d'un des sinus de la face. L'opération appropriée à elle seule donne déjà une grande amélioration.

ration de la surdité, mais il est nécessaire d'y adjoindre insufflation et massage. Il n'y a pas d'avantages à remplacer la classique insufflation par les insufflations d'air chaud ou de vapeurs médicamenteuses. L'auteur a longuement expérimenté l'ionisation du zinc, pour le traitement de la surdité ; il n'a jamais eu de résultats et n'en est pas surpris car il est peu vraisemblable que les ions puissent traverser la membrane tympanique. Pas davantage de résultats avec la prétendue rééducation de l'ouïe. De nombreux essais de médication iodée n'ont pas mieux réussi ; Il étudie la diathermie qui certainement diminue les bourdonnements. Jusqu'à quel âge a-t-on le droit de proposer l'ablation des amygdales ou autres interventions pour améliorer la surdité ? K. est souvent intervenu aux environs de la soixantaine, et il ne l'a jamais regretté, bien au contraire, Il a jadis tenté quelques opérations sur l'oreille moyenne, telles que ouverture du promontoire, mais n'en a pas été satisfait. Reste enfin l'otosclérose dont le traitement est parfaitement décevant.

— **Blacker Neville.** Dans les cas où une suppuration auriculaire accompagne et occasionne la surdité à toujours recours à l'ionisation du sulfate de zinc et avec de très bons résultats tant en ce qui concerne l'audition que la suppuration. Plusieurs fois par ce procédé il a pu éviter une intervention. Lui aussi a souvent amélioré une surdité par le traitement des amygdales ou des sinus malades : c'est pour lui le premier temps de tout traitement de la surdité. Il a également utilisé la diathermie et dans un cas d'otite en sudative, il a vu une plus rapide disparition de l'exsudat et une amélioration de l'audition plus prompte qu'avec le simple cathétérisme. Avec l'ionisation du silicate de soude, il a pu diminuer surdité et bourdonnements. En ce qui concerne les résultats obtenus avec l'appareil de Zund Burguet ou la diathermie, l'auteur note qu'ils ne sont parfois pas appréciables avec les diapasons, alors que le malade et son entourage accusent une amélioration.

— **Dan Mackenzie** a une grande expérience de la diathermie. Il place une électrode sur la mastoïde du côté sourd et l'autre sur l'éminence malaire du côté opposé. Une séance chaque jour, ou tous les deux jours pendant une semaine. Si au bout de ce temps il n'y a pas de résultat on n'insiste pas. Dans le cas contraire on fait alterner des périodes de traitement avec de longues périodes de repos. Il faut atteindre une élévation de température qui ne soit pas désagréable au patient. Parfois au début de la séance il y a un peu de vertige. A plusieurs reprises on a observé l'apparition d'un coryza typique sous l'influence du courant : peut-être l'échauffement des muqueuses diminue-t-elle leur résistance. L'auteur a traité ainsi 46 malades atteints de surdité progressive. Cinq fois la surdité et le bourdonnement avaient disparu au bout de 2 à 6 séances. L'un de ces cinq malades avait des signes remontant à 5 ans. Cinq autres malades ont été très soulagés, et l'amélioration s'est maintenue de 2 mois à 10 ans. L'amélioration de l'audition était frappante. Naturellement les meilleurs résultats sont obtenus quand la surdité est de date récente. Enfin les 36 autres sujets n'ont tiré de la méthode qu'un bénéfice léger ou nul. En résumé il importe de lutter contre la surdité dès son début et c'est dans ce cas qu'on obtient de bons résultats avec la diathermie. L'effet de la haute fréquence sur les bourdonnements est très variable. Tantôt elle les exagère, tantôt les diminue. Jamais il n'y a d'action durable sur un bourdonnement installé de longue date. Mais une minime amélioration est souvent très appréciée des malades.

Une autre méthode que l'auteur a employée contre la surdité est l'injection massive intraveineuse d'iode colloïdal (collosol iodine). Malgré la dose considérable employée, de 200 à 400 centimètres cubes, on n'observe pas d'effets fâcheux, pas de frissons, pas de poussée thermique. La quantité sus-énoncée est injectée une fois par semaine. Parfois se produisent des oblitérations veineuses. L'auteur a traité ainsi et uniquement par cette

méthode 5 malades dont deux ont été améliorés. Un de ces deux malades par exemple, qui n'entendait la voix de conversation qu'à un pied, l'entendait à 25 après traitement. Certes c'est là une méthode laborieuse mais elle mérite d'être étudiée.

— **Watson Williams** ayant remarqué chez certains de ses otoscléreux une grande tendance aux engelures leur a donné des extraits parathyroïdiens ; ainsi il a guéri les engelures mais aussi il a vu les bourdonnements diminuer beaucoup d'intensité. Depuis ce temps il a traité systématiquement par ce procédé un bon nombre d'otoscléreux typiques. Les petites doses sont sans effet, il faut atteindre des doses élevées. Parfois il faut interrompre le traitement en raison de douleurs d'oreille. Parfois au bout de 3 à 4 mois l'action du médicament paraît s'épuiser ; on se trouve bien alors de donner de petites doses de glycéro-phosphate de chaux. L'auteur remarque que l'amélioration n'est souvent pas perceptible aux diapasons alors qu'elle l'est nettement pour la voix de conversation.

— **Cathcard** a traité par la méthode électro-phonoïde de Burguet 623 cas de surdité chronique d'étiologie variable. 396 malades ont été nettement améliorés, soit une proportion de 63,56 %.

— **Somerville Hastings** sur la nécessité de se servir d'une méthode précise pour évaluer la fonction auditive.

CAUSSÉ.

CHICAGO LARYNGOLOGICAL AND OTOLOGICAL SOCIETY (1)

Séance du 4 février 1929

1. Galloway. — Papillome du Larynx.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans admis d'urgence et trachéotomisé immédiatement, pour une intense dyspnée. Auparavant, on avait fait plusieurs interventions pour ces papillomes : trachéotomie, instubations, traitement par le radium et par la diathermie. Le malade fut, cette fois encore, traité au couteau diathermique, et les résultats paraissent bons. L'auteur présente également un cas de cancer intrinsèque du larynx, traité par l'électro-coagulation après laryngofissure au couteau diathermique : peu de réaction ; au bout de 6 jours le malade avalait aisément.

— **Salinger**. n'a jamais vu que de mauvais résultats par l'emploi du radium dans les papillomes : aucun effet sur les tumeurs, mais réactions des tissus mous et cartilagineux, sténose consécutive. Le couteau diathermique est le traitement idéal du cancer du larynx.

— **Mc Guinis**. traite le papillome du larynx par la diathermie, avec succès.

(1) Résumé d'après *Annals of Otolaryngology*, sept. 1929, 38, n° 3.

— **Pollock**, après avoir essayé la chirurgie diathermique, est revenu au bistouri simple. La laryngectomie dans le cancer intrinsèque du larynx est le meilleur traitement.

— **Gallowan**. Il y a peut-être moins de cicatrice avec la diathermie qu'avec le bistouri. L'anesthésie locale du larynx supérieur est très utile dans ces opérations.

II. Breitenbach. — Signification pathologique des déviations de la cloison.

Comme fréquence, la résection de la cloison vient immédiatement après l'amygdalectomie. 75 % environ des sujets sont atteints de déviation. L'auteur énumère les conséquences nasales, otiques, pulmonaires de cette malformation.

III. Gardner. — Mastoïdite aiguë avec septoméningite purulente.

Histoire clinique d'un enfant atteint de mastoïdite unilatérale, et opéré, avec les caractéristiques suivantes : apparition des signes méningés le lendemain de l'opération, ponction lombaire quotidienne de 5 à 10 cm³, liquide c. r. contenant des streptocoques hémolytiques, hémoculture constamment négative, signe de Quekenstedt positif, traitement par injection sous-cutanée de 112 cm³ du sang de la mère qui avait souffert, semble-t-il, d'une même infection et résultat très incertain ; finalement œdème de la paupière et signes cliniques de thrombose du sinus caverneux. Mort malgré une large intervention.

IV. Hageus et Shambaug. — Tumeur maligne de l'oreille moyenne, bilatérale, avec les constatations nécropsiques.

La maladie a évolué pendant 6 ans et s'est d'abord manifesté par de l'obstruction nasale unilatérale ; une biopsie ayant montré l'existence d'un épithélioma, on fit une application de radium, suivie de guérison apparente pendant plusieurs années ; puis, apparut un bourdonnement d'oreille du même côté. A l'examen, on pouvait voir la tumeur à travers le tympan. Le radium ici ne donna aucun résultat. Les réactions vestibulaires étaient intactes ; l'audition était altérée surtout dans le mode aigu. De nouveau il y eut de l'obstruction nasale. On pouvait voir la tumeur des deux côtés dans la région ethmoïdale. La lésion gagna l'oreille du côté opposé et le malade mourut après avoir présenté une surdité croissante, ainsi que des vertiges et une paralysie faciale.

D'après l'examen post-mortem, il semble que la tumeur partie du cavum a gagné successivement chaque oreille.

V. Lederer. — La prothèse dans la chirurgie reconstructrice de la tête.

Les grandes mutilation ou malformations du nez et des oreilles, aussi bien que de la face sont mal corrigées au point de vue esthétique par la chirurgie cosmétique. Après avoir longtemps travaillé dans ce sens, l'auteur donne la préférence à la reproduction artificielle des organes, et pour cela il utilise une substance souple à base de caoutchouc, avec laquelle on peut obtenir à peu de frais et sans intervention une prothèse infiniment plus proche de la réalité que celle obtenue avec les meilleures opérations.

Séance du 4 mars 1929

I. Galloway. — Carcinome du larynx.

Le malade dont il a été parlé à la précédente séance étant mort de broncho-pneumonie on a pu se convaincre qu'il n'était pas guéri comme on l'avait espéré, et que le cancer du larynx avait continué d'évoluer *in situ*. Aussi l'auteur qui avait montré un grand enthousiasme pour la chirurgie laryngée diathermique, fait maintenant de très grandes réserves sur la valeur de ce traitement dans le cancer.

— **Robert Good**, a soigné un malade qui avait un papillome d'une corde vocale. L'examen histologique ayant montré la nature maligne du papillome, qui d'ailleurs récidivait rapidement, ou détruisit à la diathermie toute la corde vocale, en utilisant le pharyngoscope de Haslinger. Néanmoins, comme la tumeur continuait d'évoluer, on dût avoir recours à la laryngectomie.

— **Beck** : La diathermie doit détruire tout tissu malade, y compris le cartilage thyroïde faute de quoi elle est parfaitement insuffisante.

— **Léwy** pense que la diathermie est une bonne méthode, dans les cas très limités. Mais comment reconnaître les cas qui le sont vraiment ?

II. Walter Theobald. — Délimitation du sinus maxillaire par une injection de Lipiodol sous pression.

On injecte sous pression dans le tissu un mélange, à parties égales, d'huile d'olive et de lipiodol ; 3 à 7 cm³ suffisent. On peut ainsi très bien se rendre compte de l'épaisseur de la muqueuse sinusienne. Aucun accident n'est à redouter.

— **Beck** n'est pas particulièrement enthousiasmé du lipiodol. Il pense que les examens cliniques et la radiographie permettent assez bien d'apprécier l'état de la muqueuse sinusienne. Il attire l'attention sur un procédé de radiographie à longue distance et longue pause, procédé qui n'a pas encore été utilisé pour la tête, mais qui pourrait rendre de grands services.

— **Cavenagh** a l'expérience du lipiodol et de la bouillie barytée, dans le sinus, et il pense que la seconde est supérieure au premier parce qu'elle ne donne pas des images sur lesquelles on puisse se tromper. Or, il a vu, plusieurs fois, le lipiodol donner de telles images.

— **Mc Guinis** expose un cas dans lequel, après de multiples examens, l'injection de lipiodol dans le sinus permit de mettre en évidence une cellule ethmoïdale aberrante cause méconnue d'une infection.

III. Pearlman. — Abscess rétro-pharyngien d'origine otique.

Ces cas ne sont pas fréquents ; la voie suivie par le pus, à partir de la mastoïdite ou de

l'oreille moyenne est très compliquée. Même un furoncle du conduit, même un abcès extra-dural peut se frayer un tel chemin.

— **Cavenagh** : L'hypothèse de Gruber, d'un défaut anatomique de la fissure de Glaser apparaît plus logique que beaucoup d'autres.

— **Salinger** dans un cas suivi de mort a pu déterminer la voie suivie par le pus : il y avait nécrose complète de la pointe du rocher.

— **Astrom** a vu un cas de mastoïdite double avec nécrose et suppuration profuse dans lequel une sonde introduite par une plaie mastoïdienne passait devant les corps vertébraux et allait ressortir par l'autre plaie mastoïdienne.

— **Beck** a vu un cas identique : l'irrigation faite par une oreille ressortait par l'autre.

III. *Oscar Russell*. — La phonétique dans ses rapports avec l'otolaryngologie.

L'auteur fait une démonstration de ses appareils le « autophonopharyngoscope », et le « autopharyngoscope ». Ces appareils permettent l'examen, sans toucher le voile, ni bien entendu, l'épiglotte ; la partie antérieure de la langue garde toute sa mobilité ; enfin un grand nombre de médecins peuvent voir simultanément le larynx d'un sujet. Cet appareil permet d'étudier la physiologie du larynx, dans des conditions normales.

CAUSSÉ.

ANALYSES

OREILLE MOYENNE

Zanui, Guiseppe. — Un cas d'actynomycose primitive de l'oreille moyenne (Valsalva, vol. V, p. 287-293, 1929).

Homme de 40 ans, marchand de chevaux. Depuis 2 mois $1/2$, écoulement de l'oreille droite, après un petit épisode aigu initial. La paracentèse fut pratiquée le 10^e jour, et fut suivie d'une tuméfaction rétro-auriculaire non douloureuse, qui se fistulisa spontanément, puis disparut. L'écoulement est abondant, blanchâtre, visqueux, non fétide ; le méat est tuméfié. En avant du tympan, on voit une petite granulation ; le pus s'écoule sous battement. Deux jours après, nouvelle tuméfaction dans la région rétro-auriculaire, s'accompagnant de légères douleurs ; la peau est rougie, de consistance pâteuse. Quelques jours après, fistulisation spontanée, avec écoulement d'un pus blanc jaunâtre, contenant des petits grains. Pas de fièvre, pas de douleurs, pas d'adénopathie. Badigeonnage de la tuméfaction à la teinture d'iode, et disparition du processus en 20 jours, sans laisser de traces.

Le pus auriculaire contient du staphylocoque. Après ablation de la granulation dans le conduit, la tuméfaction auriculaire se reproduit comme avant. Le pus contient à nouveau des petits grains, qui sont identifiés comme grains actynomycosiques. Guérison complète après 10 jours d'iodure de potassium *per os*.

Le pronostic de cette affection rare est en général beaucoup plus défavorable que dans le cas rapporté. Z. insiste sur le traitement ioduré. Il ne conseille d'avoir recours à la radiumthérapie que lorsque l'iode est resté sans effet, ou n'a pas été supporté.

A. KLOTZ.

Lange. — Sur le début du développement des foyers otoscléreux (Z. Hals usw Heilk, t. XXV, n° 1).

N'abusons pas le lecteur et disons-lui tout de suite qu'il n'apprendra pas beaucoup sur le mode de début de cette maladie mystérieuse.

A l'aide de ses anciennes préparations, Lange a modifié sa propre théorie et, à sa place, il met un compromis, une sorte de théorie de coalition dans laquelle il fait entrer des parcelles de la théorie de Mayer, d'Eckert-Mobius de Wittmaack et de Doderlin. Aujourd'hui, Lange est convaincu que la cause de la maladie est à chercher dans un trouble métabolique qui est congénital et héréditaire. Ce serait déjà très bien, quoique connu, si Lange apportait les preuves, mais histologiquement des preuves pareilles sont ou impossibles ou très difficiles à apporter. Certainement, dans le sens de Lange, parle la bilatéralité de l'affection et la régularité ou plutôt la prédisposition pour certains endroits que la maladie choisit pour débiter. Cependant si l'on songe que sur 43 individus examinés par Lange, 22 fois la région de la fenêtre ovale a été seule atteinte, que 4 fois la fenêtre ronde était seule atteinte, 7 fois seules les 2 fenêtres étaient atteintes, on peut, croyons-nous, laisser intervenir aussi un facteur mécanique, car ces deux endroits sont ceux qui mécaniquement

sont le plus vivement sollicités pendant l'acte de l'audition. Le reste de la capsule osseuse, le limaçon et les canaux semi-circulaires sur lesquels la pression de l'air d'un côté ou de l'endo-périlymphe de l'autre côté, s'exerce peu ou pas, sont infiniment moins souvent le siège de l'affection débutante. Cependant dans les 45 cas, deux fois les fenêtres n'étaient pas atteintes du tout.

Histologiquement, Lange croit qu'on peut distinguer 3 étapes dans le développement du foyer. Une étape de préparation qui est constituée par une dégénérescence de l'os primitif, une phase cartilagineuse pendant laquelle le foyer se développe et une phase osseuse qui est la phase terminale. La distinction de ces trois phases n'est pas aussi nette, parce que un foyer peut rester toujours dans la phase de dégénérescence ou que la phase de dégénérescence se transforme directement en phase osseuse. Il eût été intéressant d'être mieux renseigné sur cette phase de dégénérescence. Ce n'est pas une dégénérescence comme nous la connaissons d'habitude dans les maladies infectieuses. L'os a perdu ses sels, mais le processus diffère aussi des autres maladies osseuses comme, par exemple, le rachitisme, l'ostéoémalacie etc. L'idée de Mayer qu'il s'agit d'une résorption de l'os primaire n'est pas soutenable. Il ne s'agit pas non plus d'une dégénérescence tératomateuse puisqu'on ne trouve aucune malformation autre dans les oreilles atteintes d'otosclérose. Une seule fois Lange a trouvé en même temps une petite tumeur de l'acoustique. Certains foyers donnent l'impression d'être des vraies tumeurs, surtout les foyers autour des fenêtres. Cette concession, il faut la faire à la théorie de Mayer. De même Wittmaack a raison s'il prétend que la résorption lacunaire doit avoir une cause par laquelle l'os se trouve dés-alé, mais ce que Lange ne peut admettre, comme le veut Witmaack c'est que la première cause soit due à une stase veineuse. Pour Lange, la phase préparatoire de dégénérescence est caractérisée non pas par une hyperémie, mais au contraire par une anémie. Notons en passant que le texte de Lange s'occupe en réalité très peu de l'état vasculaire de ces foyers. Il est très probable que des recherches ultérieures porteront sur l'état des vaisseaux dans ces foyers oto-scléreux, comme l'a du reste fait Eckert-Mobius.

LAUTMAN.

OREILLE INTERNE

Rubenburg, D. M. — L'altération de l'appareil statique et acoustique au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone (Arch. für Ohren., etc., ol. CXXIV, p. 3-26, novembre 1929).

Les troubles vestibulo-cochléaires produits par l'oxyde de carbone n'ont été que peu étudiés. R. reprend cette question en se basant sur 15 malades observés par lui, et dont il donne les observations.

5 de ces malades, quoique présentant des vertiges, des nausées, des vomissements, des troubles subjectifs de l'équilibre plus ou moins accusés, n'avaient aucun trouble objectif aux différentes épreuves vestibulo-cochléaires. R. considère que dans ces cas, le vertige, qui ressemble beaucoup à celui des intoxiqués par l'alcool ; est un symptôme lié à la faiblesse musculaire. Les nausées et les vomissements sont indépendants des vertiges.

Dans 1/3 des cas, il a trouvé des modifications cochléaires : une légère diminution passagère de l'audition pour la voix chuchotée et les diapasons, et une diminution plus ou moins accusée de la perception osseuse. Ces symptômes semblent attribuables à une cause extra-labyrinthique. R. ne pense pas que l'hypothèse d'une névrite acoustique, avancée par Alt, puisse se défendre.

Dans 2/3 des cas, l'appareil vestibulaire était atteint. Les symptômes constatés ont

été extrêmement irréguliers et discordants : hyper et hyposensibilité, discordance entre les épreuves calorique et rotatoire, etc. Ces troubles s'expliquent également le mieux par une localisation extra-labyrinthique. Un seul malade présentait du nystagmus spontané.

R. rejette également l'hypothèse de Ruttin, qui admet une localisation ganglionnaire. Il pense que les troubles du métabolisme lipidique jouent un rôle important dans les symptômes du côté du système nerveux central.

L'auteur a enfin réalisé des expériences d'intoxication par l'oxyde de carbone chez différents animaux (souris, cobayes, chats), afin de faire l'examen histologique de leur oreille interne et de leur nerf acoustique. Ces examens ont été négatifs et confirment donc la façon de voir de l'auteur.

Quant aux effets d'une inhalation chronique d'oxyde de carbone sur l'oreille, les recherches de R. parmi les ouvriers exposés à ce gaz ne lui ont pas permis de retrouver de signes d'une intoxication chronique de l'appareil vestibulo-cochléaire.

A. KLOTZ.

SINUS LATÉRAL

G. Gung. — Les expériences faites à la clinique du professeur Hinsberg depuis 1903 jusque 1925 sur 75 cas de thrombose du sinus. (Zeitsch. Hals usw. Heilk, t. XXIII, n° 5).

La thrombose du sinus est probablement la complication de l'otite sur laquelle nous avons la plus riche littérature. Un cas ne ressemble pas à l'autre. Au point de vue clinique, on admet aujourd'hui que les cas les plus graves peuvent évoluer sans fièvre. Il faut laisser tranquilles ces sinus thrombosés quand on les rencontre par hasard au cours de l'opération. Bien entendu, il y a des thromboses du sinus qui se trouvent comme complications d'autres affections endo-craniennes dans lesquelles il sera difficile de respecter le thrombus. Il ne faut pas considérer comme sans importance les thromboses qui se développent comme suite involontaire au cours d'une opération pour otite moyenne. Sur 2.000 interventions sur la mastoïde, 8 fois il y a eu thrombose du sinus de cette cause, nécessitant une nouvelle intervention. Si la mise à nu voulue du sinus est relativement non dangereuse, les lésions involontaires le sont au contraire assez souvent. Il est rare de supposer une thrombose du sinus et de ne pas la trouver. Trois fois il s'est agi de méningite atypique simulant une thrombose du sinus. Il existe des symptômes qui sont considérés comme pathognomoniques. Ainsi s'il existe un œdème circonscrit et douloureux sur le bord postérieur de l'apophyse mastoïde avec le reste de la mastoïde normale, il s'agit, d'après Griesinger, sûrement d'une thrombose de l'émissaire de la veine mastoïde, signe de la thrombose du sinus. Sur le symptôme de Queckenstedt, on a beaucoup publié dernièrement. Par contre, une tuméfaction douloureuse dans la région de la jugulaire ne permet pas, d'après Jung, d'affirmer l'existence d'une thrombose.

Un aspect normal du sinus transverse n'infirme pas toujours le diagnostic de pyémie. L'infection peut partir d'un autre endroit du sinus, surtout il peut s'agir d'une thrombose primaire du golfe. Tant que cette thrombose n'est pas complète, elle est difficile à reconnaître. Quand on a la conviction qu'il s'agit de pyémie, il faut s'efforcer de vider le foyer d'infection. On a publié des cas où une expectative, c'est-à-dire un traitement médical, s'est terminée par la guérison. Chez Hinsberg, au contraire, tous ces cas se sont terminés par la mort. Plus on intervient tôt, plus on opère radicalement, et meilleur est le résultat. Jung insiste sur la nécessité d'enlever le bout périphérique du thrombus et il préconise pour cela le procédé de Whiting, c'est-à-dire de préparer au delà du thrombus et de tam-

ponner. Il n'est peut-être pas nécessaire, croyons-nous, d'être aussi radical si on voit qu'on est entraîné au delà du torcular, surtout si au curettement on tombe sur des masses dures thrombosées. Jung conseille aussi d'aller dès la première opération en raleant jusque vers le golfe. Ce n'est pas très facile sur ou: si le golfe n'est pas thrombosé complètement. On pourrait peut-être se passer, dit Jung, de la ligature de la veine jugulaire si on était toujours sûr que la thrombose n'a pas atteint le golfe. Comme ce diagnostic n'est pas toujours facile, Jung conseille de faire la ligature de la jugulaire en même temps que l'opération du sinus. Sauf un cas où probablement à la suite de cette ligature s'est développée une thrombose du sinus caverneux, on n'a jamais observé une suite fâcheuse imputable à cette ligature.

Généralement, après l'opération les frissons cessent, l'état général s'améliore, il n'y a plus de métastase. Par cette opération, sur 11 cas de thrombose du golfe 8 ont été sauvés. Sur les 3 cas mortels, l'opération a été exécutée deux fois, trop tard. Par-dessus le marché une fois on s'était trompé de vaisseau et on n'avait pas ligaturé la jugulaire. Dans le 3^e cas, il existait déjà une méningite. Les cas autopsiés ont fortifié Jung dans son opinion qu'on aurait pu sauver plus d'un malade si on avait à temps mis à nu et évidé le golfe.

LAUTMAN.

Wieder. — Cas intéressant de thrombose du sinus latéral (*Laryngoscope*, t. XXXIX, n° 12).

Au cours d'une opération pour thrombose du sinus latéral, Wieder s'est aperçu que la thrombose dépassait en haut le torcular et en bas le golfe. Il se félicite de ne pas avoir poursuivi le nettoyage du thrombus jusque à son complet enlèvement. Il est certain qu'aujourd'hui on ne recherche plus le libre écoulement du sang, parce que aussitôt qu'on est dans les parties rouges et dures du thrombus on a grande chance de se trouver dans la partie non infectée du thrombus. En faisant l'épreuve de Queckenstedt (appelée aussi épreuve de Toby-Ayer) la pression sur la veine jugulaire malade faisait monter la colonne de mercure de 8 à 15 mm. et du côté sain de 8 à 35 mm. Le résultat était embarrassant. S'agissait-il d'un thrombus obstruant ou seulement d'un thrombus pariétal. Si la jugulaire est thrombosée, théoriquement il ne devrait pas y avoir augmentation de la pression dans le canal cérébro-spinal. Or, il y avait chez le malade, comme l'opération l'a montré une thrombose du golfe. La légère augmentation de la pression de 8 à 15 devait donc tenir à autre chose, soit à un effet psychique, (anxiété, douleur, ressentie pendant l'épreuve) ou à l'existence d'un thrombus pariétal non obstruant. Pour éviter un tel embarras il est indiqué de faire l'épreuve sur le malade endormi. En effet, il faut dans les cas où pendant l'opération, le doute s'élève sur la possibilité d'une thrombose du sinus, tout de suite faire l'épreuve de Queckenstedt au lieu d'attendre ou de faire une ponction du sinus à tout hasard. Pratiquement, le danger de mobiliser une parcelle du thrombus est négligeable. Par contre la ponction lombaire nécessaire pour l'épreuve incitera aussi à l'examen du liquide cérébro-spinal, ce qui dans ces cas toujours plus ou moins compliqués ne peut qu'être une précaution assez souvent négligée.

LAUTMAN.

MÉNINGES

Kortenhaus, Friedrich. — Méningite otogène à protéus (*Zeitschrift für Laryngol.*, vol. XIX, p. 146-150, 1930).

Il y a 5 cas connus dans la bibliographie, de méningites dans lesquelles le *proteus* a été

décélé à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien. Les 5 malades ont succombé à leur méningite.

Dans le cas de Kortenhaus, il s'agit d'un homme de 56 ans, atteint d'otorrhée depuis 12 ans. Cholestéatome. La méningite s'est installée assez sournoisement. A l'opération, la dure-mère cérébrale à un aspect sale. La ponction montre un abcès dans le lobe temporal. Mort dans la nuit.

L'examen bactériologique, très complet et détaillé a été pratiqué sur un prélèvement de pus fait à l'opération et dans le liquide céphalo-rachidien. Il s'agit d'une race de protozoaires ne produisant pas d'indol à l'épreuve d'Ehrlich.

A. KLOTZ.

J. Jung. — Recherches expérimentales sur le traitement médicamenteux de la méningite suppurée (*Z. Hals usw. Heilk.*, t. XXV, n° 1).

De ce long article nous retiendrons surtout que pour le moment il n'existe qu'un seul médicament qui ait fait ses preuves dans le traitement de la méningite, c'est l'urotropine. Il faut donner l'urotropine pour ainsi dire prophylactiquement car son action préventive est plus nette que son action curative dans la méningite. La dose doit être très élevée et nous savons qu'on est allé jusqu'à 10 et 12 grammes par jour. A ces doses, des réactions fâcheuses sur les voies urinaires sont possibles. Il n'y a aucun avantage à faire pénétrer l'urotropine dans le canal cérébro-spinal, mais il y a des inconvénients. Ces inconvénients peuvent même aller jusqu'au danger si on prend la voie sous-occipitale. Du reste ce que nous disons là à propos de l'urotropine s'applique aussi pour tous les autres médicaments. La voie cérébro-spinale n'est pas la meilleure pour l'introduction des médicaments.

LAUTMAN.

TROMPE D'EUSTACHE

Rudolf Kramer. — Le carcinome de la trompe d'Eustache (*Laryngoscope*, t. XXXIX, n° 8).

Nous extrayons cette communication d'un compte rendu de la Société new-yorkaise de laryngologie parce qu'elle montre très bien combien ces tumeurs sont méconnues et à combien d'interventions erronées elles donnent lieu, jusqu'à ce que le diagnostic devienne trop tard, manifeste. Dans ce cas cependant, l'issue semble être heureuse. Un homme de 46 ans entre à l'hôpital se plaignant d'une paralysie faciale gauche datant d'une semaine. Dix-huit mois auparavant on avait fait une paracentèse pour une otite moyenne gauche. Il y a eu une sécrétion sanguinolente, mais l'état du malade semble ne pas avoir été amélioré parce que, à des intervalles différents on a répété 5 fois cette paracentèse. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, on a fait une résection sous-muqueuse pour améliorer les conditions de l'oreille. Une nouvelle paracentèse a été faite quand, brusquement, a apparue une paralysie faciale avec troubles du langage et de la déglutition. A l'examen on voit en dehors de la paralysie faciale des troubles du goût, une paralysie des deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue, une irrégularité pupillaire et une surdité plus marquée à gauche qu'à droite. Le tympan gauche est rouge, paraît épaissi et granuleux, oreille interne normale. A la rhinoscopie postérieure une masse rouge grisâtre occupant toute la trompe d'Eustache gauche. Un examen nerveux plus détaillé montre qu'il s'agit d'une atteinte des 5^e, 7^e, 11^e, 12^e nerfs craniens gauches. Une biopsie montre que la masse dans la trompe d'Eustache est formée par un cancer. Ces tumeurs ne sont

pas faciles à reconnaître au début. Généralement il existe une triade, surdité, douleurs, sécrétion suspecte se répétant par intervalles, qui doit donner l'alarme. L'examen au miroir peut ne pas suffire. En tout cas, il est bon de songer à ces tumeurs surtout s'il existe une tuméfaction ganglionnaire sous-maxillaire. Le traitement est généralement décevant. Dans le cas de Kramer, une guérison apparente a été obtenue par un traitement combiné par les rayons X et par le radium, répété à trois reprises. Au moment où le malade est présenté, le naso-pharynx est complètement libre. Il persiste seulement une légère paralysie faciale et un tympan épaissi. Le spéculum de Jankauer a été d'une grande utilité, non seulement pour inspecter la tumeur, mais aussi pour placer les aiguilles de radium.

LAUTMAN.

FOSSES NASALES

Thomas Guthrie. — **Un cas d'ostéome de la cloison nasale** (*The Journal of Laryngology and Otology*, mars 1930, n° 3, p. 189-191).

Il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte depuis 3 ans d'obstruction nasale gauche progressive. L'examen était malaisé ; on pensait à un polype antro-choanal. Mais en opérant, le doigt insinué dans le cavum révéla qu'il s'agissait d'une masse dure, non mobile obstruant complètement la chaîne gauche. Cette masse était insérée par un pédicule relativement mince au bord postérieur du septum. Il ne fut pas très difficile de rompre cette attache et d'extraire la tumeur par le cavum. Bien que plus fréquentes que les chondromes, ces tumeurs sont néanmoins rares dans les fosses nasales. On les trouve à tous les âges et dans les deux sexes. Leur volume est parfois énorme, et on en décrit qui pesaient près de 500 grammes.

CAUSSÉ.

Walter Howart. — **Chondrome de la cloison nasale** (*The Journal of Laryngology and Otology*, mars 1930, n° 3, p. 191-192).

Un homme de 35 ans, accuse une obstruction nasale progressive sans douleur, hémorragie ou suppuration. L'avant nasal est déformé à gauche par une tumeur dure. A l'inspection on voit que la partie supérieure de la choane est obstruée par une tumeur lisse. L'opération a consisté en une rhinotomie latérale. La tumeur était implantée sur la cloison. L'ethmoïde n'était pas intéressé. Ces cas sont rarissimes.

CAUSSÉ.

SINUS PÉRINASAUX

Marthe. — **Lésions dentaires après les interventions sur le sinus maxillaire** (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XVIII, p. 54-58, 1929).

M. ne s'occupe dans ce travail que des lésions dentaires indirectes consécutives à la section de nerfs ou de vaisseaux. Celles qui sont consécutives à des lésions apicales opératoires peuvent être évitées par une technique opératoire prudente. Dans les travaux qui ont paru au sujet de ces lésions indirectes, on a considéré que l'anesthésie dentaire, mise en évidence par l'examen au courant faradique, permettait de conclure à une mortification pulpaire. M. s'élève contre cette façon de voir, en se basant sur les considérations suivantes : il n'a jamais observé chez les sujets opérés d'après Caldwell-Luc ou Denker et qui présentaient des anesthésies dentaires, que les dents étaient plus malades du côté

opéré que de l'autre ; il a même souvent observé le contraire, malgré des opérations datant souvent de plusieurs années. D'autre part, on a pu observer après section du nerf maxillaire inférieur que les pulpes, quoique privées de sensibilité, contenaient du sang. Pour faire la preuve rigoureuse de cette assertion, il aurait fallu, soit ouvrir les chambres pulpaire des dents incriminées, soit les examiner histologiquement. Cela n'a pas pu être réalisé.

Dans les 35 cas observé par M., tous opérés d'après Caldwell-Luc, sauf trois, 41 sur 205 dents examinées étaient anesthésiées, mais ces dents étaient aussi saines que celles de l'autre côté.

M. conclut qu'il n'y a aucune raison pour abandonner la méthode de Caldwell-Luc en faveur des méthodes endonasales, et il conseille de n'opérer d'après Denker que lorsqu'il y a une indication spéciale, afin de ménager les nerfs et les vaisseaux qui cheminent dans la partie antérieure de la paroi intersinuso-nasale. D'autre part, il juge utile de conserver la partie tout inférieure de la paroi antérieure du sinus, et enfin de détacher la muqueuse du plancher plutôt avec un instrument mousse qu'avec la curette. Peut-être faut-il suivre le conseil de Denker, de n'enlever que la muqueuse malade, au lieu de faire l'ablation complète de toute la muqueuse sinusale.

A. KLOTZ.

Lemer. — L'éducation du médecin et du public vis-à-vis du problème des sinusites (*Annals of Otolaryngology*, t. XXXVIII, n° 3).

On a dû énormément opérer et sans résultat pour le malade dans les nez en Amérique. Le public est devenu méfiant et ne veut plus entendre parler d'interventions endo-nasales. C'est contre ce mouvement de retour du pendule que s'élève Lemer dans un article dont les remarques judicieuses ont de l'intérêt pour nous aussi. Il est certain que les grandes suppurations sinuales guérissent très difficilement par nos procédés chirurgicaux actuels. Mais heureusement il ne s'agit pas toujours de suppuration. Il existe quantité d'affections, locales et générales, qui sont sous la dépendance d'une sinusite maxillaire non suppurée. Déjà en 1920, Lemer a écrit que la grande majorité des cas qu'on croit être une ethmoïdite chronique, hyperplastique avec ou sans polype est en réalité due à une sinusite maxillaire. D'autres fois on impute les troubles dont se plaint le malade à une déviation innocente de la cloison. On fait une résection sous-muqueuse, quand en réalité, il aurait fallu drainer une sinusite maxillaire méconnue. Mais même si on ouvre le sinus maxillaire, les bons résultats peuvent par une faute de technique, toujours la même, manquer. C'est que la fenêtre qu'on a pratiquée dans la paroi naso-sinusale n'est pas restée béante. Il faut pendant qu'on exécute l'opération, se rendre compte si on a fait une brèche assez grande dans la paroi osseuse. Après l'opération il faut surveiller cette ouverture pour qu'elle reste assez béante. Il sera quelquefois nécessaire de sacrifier une partie du cornet inférieur pour obtenir cette béance. Il faut seulement ne pas croire que tout s'arrangera tout de suite. Il faut prévenir le malade qu'il doit continuer les lavages à travers la brèche pendant des semaines et de mois.

Avant de publier cet article Lemer s'est informé par lettre auprès de ses opérés, du résultat de l'opération. Sur la première question concernant la fréquence des rhumes, 20 opérés ont répondu négativement, 7 malades seulement s'enrhumaient autant avant qu'après l'opération. Au point de vue de l'état général, 22 ont trouvé une amélioration tandis que 5 ne l'ont pas éprouvée et il en était à peu près de même des autres troubles. En somme, on peut dire qu'il y a un pourcentage d'amélioration d'à peu près 83 % et non pas, comme le croit Lemer, 99 %. Même réduit ainsi le résultat est beau.

LAUTMAN.

Muhlenkamp. — Moyen sûr pour constater l'existence d'une sinusite maxillaire (*Zeitsch. Hals usw. Heilk.*, t. XXIII, n° 5).

Ce moyen est le suivant : On pousse un trocart ordinaire dans le sinus maxillaire. On injecte ensuite 10 à 15 centimètres cube d'une solution très faible de permanganate de potasse dans le sinus. On aspire ensuite le liquide injecté et on examine le liquide retiré. S'il existe une sécrétion dans le sinus le liquide est nettement trouble et décoloré.

LAUTMAN.

Ross Hall Skillern. — Le traitement chirurgical conservateur de l'ethmoïdite chronique (*Annals of otology*, t. XXXVIII, n° 3).

Si on aide un peu la nature elle fera beaucoup pour guérir la muqueuse enflammée d'un sinus ethmoïdal, à condition d'établir un bon drainage et une bonne aération. Ceci est surtout vrai dans les cas simples d'ethmoïdite catarrhale. Cliniquement, les cas ne sont pas très faciles à reconnaître car si le malade se plaint d'un peu de lourdeur de tête, d'obstruction nasale, d'une sécrétion constante qui, souvent muqueuse, devient de temps en temps purulente, à l'inspection, le malade ne présente pas de lésions nettes de prime abord. C'est seulement quand on compare les deux fosses nasales entre elles qu'on constate une hyperémie et une congestion d'un côté. Pour le traitement de ces cas, la suppression du cornet moyen est une condition *sine qua non*. Mais c'est tout ce qu'il faut faire chirurgicalement. Cinq jours après on commence le traitement décongestif par les tampons. Un tampon de coton imprégné d'une solution de 10 à 20 % d'un argent colloïdal dans une solution de moitié eau, moitié glycérine est inséré dans le méat moyen de l'apophyse unciiforme jusqu'à la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. La solution doit être préparée fraîchement, être appliquée chaude et le tampon doit rester en place cinq heures et plus. On renouvelle le tamponnement tous les deux jours. En quelques semaines la guérison est obtenue.

Une ethmoïdite suppurée cantonnée sur les cellules antérieures n'existe pas pour Skillern. Cette suppuration est toujours combinée avec une sinusite frontale et la guérison de cette dernière implique la guérison de l'ethmoïdite. Mais on peut de temps en temps rencontrer une suppuration de la bulle ethmoïdale. Il suffit de l'ouvrir pour obtenir la guérison. Bien plus fréquente est la suppuration d'une ou plusieurs cellules de l'ethmoïde postérieur. C'est encore une des formes de sinusite qui est rarement diagnostiquée à temps. Les plaintes du malade sont généralement celles d'un catarrhe rhino-pharyngé. Brusquement, une complication oculaire grave dirige l'attention sur l'ethmoïde postérieur. Quand on y songe, la forme un peu hypertrophiée, l'aspect un peu tacheté du cornet moyen peut grandement mettre sur la voie, surtout si la comparaison avec le cornet moyen opposé donne des différences manifestes. Un premier pas pour le traitement est naturellement la suppression du cornet moyen. On attend et on cherche si ensuite on découvre encore une cellule malade qu'on ouvre au crochet. Le traitement par les tampons est très utile à cet effet. Souvent une suppuration qui paraissait généralisée s'est réduite à une suppuration localisée sur l'une ou l'autre cellule. Enfin il reste encore à envisager le cas où l'autre labyrinthe ethmoïdal suppure. Dans ces cas, évidemment, il faut faire l'exentération de tout le labyrinthe après avoir au préalable réséqué l'apophyse unciiforme. Le jeune rhinologiste surtout doit se rappeler ce que c'est une opération dangereuse et qu'une issue tragique n'est pas exceptionnelle. La région olfactive doit être ménagée avec soin, non pas parce qu'elle est la voie de la méningite mortelle, car autrement les catastrophes seraient encore plus fréquentes, mais parce qu'il faut conserver l'odorat aux malades.

Quant à la forme hyperplastique de l'ethmoïde, qui donne lieu à la formation de polypes,

Reiss Hall S illern ne dit rien de personnel. Il ne mentionne pas la sinusite maxillaire comme facteur et, d'après certains auteurs plus fréquent encore que l'ethmoïdite, de la polyposé nasale.

On peut dire que la chirurgie inconsiderée de l'ethmoïdite a donné des mauvais résultats. Tel qu'il le pratique maintenant, le traitement de la sinusite ethmoïdale ne donne pas non plus 100 % de guérisons à S illern. Il faut expliquer aux malades intelligents que le résultat de l'opération doit se mesurer à la sévérité de leur cas.

LAUTMAN.

AMYGDALES

Herbert Tilley. — Sur quelques expériences faites dans le traitement chirurgical des amygdales (*Laryngoscope*, t. XXXIX, n° 12).

Dans cette conférence qui a été faite à Chicago, Herbert Tilley prévient ses auditeurs, parmi lesquels se trouvent certainement « quelques rois de l'amygdalectomie », qu'il ne parlera pas de l'opération elle-même. Il envisage surtout les résultats de l'amygdalectomie au point de vue des grandes affections de l'organisme. H. T a dû deux fois faire l'amygdalectomie pour débarrasser des porteurs du bacille de Loeffler de leurs amygdales non stérilisables par une autre voie. Les amygdales peuvent être considérées, d'après l'expérience personnelle de l'auteur, comme porte d'entrée de la tuberculose dans 5 % des cas seulement. Quant à l'adénite cervicale, elle est très souvent sous la dépendance d'une amygdalite chronique et se laisse alors facilement secondairement tuberculiser. S'il n'existe pas de déformation articulaire bien développée, il est très probable qu'on a une chance sur deux de débarrasser un malade de son rhumatisme chronique par l'amygdalectomie. Si une attaque d'amygdalite est suivie par une aggravation de l'arthrite, la vraisemblance devient certitude. Quelque prudence est indiquée quand il s'agit de cas aigus ou subaigus. Un enfant fait une endocardite qui a suivi immédiatement une attaque d'amygdalite. Après une convalescence de 3 mois, H. T. fait une amygdalite. Quinze jours après, l'enfant fait une endo-péricardite qui la laissera invalide pour la vie. Une fillette de 13 ans a de grosses amygdales avec de fréquentes amygdalites. A la suite d'une amygdalite elle fait un rhumatisme articulaire avec endocardite légère. On attend 3 semaines après disparition des phénomènes aigus avant de faire la tonsillectomie. Trois jours après cette opération la fillette est prise d'un réveil de son encorcadite à laquelle elle a failli succomber. Ces cas donnent à réfléchir. Quand peut-on juger la convalescence d'une attaque de rhumatisme aigu assez solide pour qu'on puisse faire l'amygdalectomie ?

En ce qui concerne les complications post-opératoires de la tonsillectomie, Herbert Tilley dans une pratique de 33 ans n'a eu qu'à s'occuper d'une : l'hémorragie. Tant qu'il a opéré avec la guillotine, cette complication est survenue dans 5 % des cas. Depuis qu'il fait la dissection, ce pourcentage est tombé à l'unité. Chez chaque malade, du plus jeune au plus vieux (72 ans), Herbert Tilley a fait la ligature de la branche descendante de la palatine postérieure et, si nécessaire, de la branche tonsillaire de la faciale dans la niche profonde. Aucun malade ne quitte la table d'opération avant que le champ opératoire soit complètement sec. L'opération dure dix à douze minutes. En ce qui concerne particulièrement la ligature d'un vaisseau saignant, elle est faite dans 5 à 6 secondes. Certainement il faut avoir une grande pratique et aussi pas mal d'adresse pour reconnaître et lier les artères saignantes. Néanmoins il peut tout de même arriver malgré toute cette précaution d'être rappelé pour une hémorragie secondaire.

Les complications pulmonaires après tonsillectomie, si fréquentes en Amérique, sont inconnues à Herbert Tilley et à Saint-Clair Thomson. Ceci doit tenir à la position dans

laquelle les malades sont opérés. Tous les malades sont couchés, la tête en extension par un coussin placé sous les épaules. Sang et sécrétions tombent ainsi dans le naso-pharynx et ne peuvent pas infecter les voies respiratoires profondes. Dans son lit, l'opéré est couché à plat sans oreiller. Avant toute opération, les dents sont soigneusement vérifiées pour éviter toute source d'infection sceptique.

LAUTMAN.

Goerke, Max. — Lymphogranulomatose et anneau de Waldeyer (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XVIII, p. 303-307, 1929).

La participation des ganglions du cou est à peu près constante au cours de la lymphogranulomatose. Ceci a engagé différents auteurs à supposer que l'anneau lymphatique du pharynx était la porte d'entrée du virus encore inconnu de cette affection.

L'observation de G. apporte une importante contribution à cette question :

Femme de 40 ans. Amygdale du volume d'un œuf de poule, faisant penser à une tumeur maligne ; la biopsie pratiquée permet de faire le diagnostic de lymphogranulomatose. Énucléation de l'amygdale. Aucune récurrence au bout de 10 mois. Il n'y a jamais eu le moindre ganglion cervical. La coupe de l'amygdale extirpée montre un tissu assez homogène, riche en cellules et en vaisseaux, recouvert d'une muqueuse pavimenteuse stratifiée normale. Le tissu de granulation est constitué par de petits et grands lymphocytes, des grandes cellules épithélioïdes riches en protoplasmes à noyau, pauvres en chromatine, des fibroplastes. On est frappé par de grandes quantités de cellules œsino-philiques groupées en amas. Ça et là, des cellules de Sternberg caractéristiques. A d'autres endroits, il y a des foyers purement fibreux.

En résumé, c'est l'image caractéristique de la lymphogranulomatose.

G. considère que ce cas a la valeur d'une expérience, et qu'il ne peut guère être mis en doute qu'il s'agisse d'un foyer unique localisé de lymphogranulomatose, dont l'ablation précoce a permis d'empêcher la généralisation de la maladie. Il pense que l'anneau de Waldeyer, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, sinon dans tous, est la porte d'entrée du virus de la lymphogranulomatose.

A. KLOTZ.

labra Leteher. — De l'amygdalectomie et de l'adénotomie dans le traitement de la chorée de Sydenham (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 31 janvier 1930, p. 41-53).

L'origine infectieuse de la chorée, soutenue d'abord par Triboulet, est aujourd'hui généralement acceptée ; d'autre part, Dick et Rothstein ont provoqué, chez le chien, un syndrome choroïdiforme, en injectant à cet animal du streptocoque provenant des amygdales d'un sujet atteint de rhumatisme polyarticulaire aigu avec chorée. Cette expérience a été reprise plusieurs fois par l'auteur avec un résultat négatif. Néanmoins, il lui a paru intéressant de traiter les choréiques par l'adénotomie et l'amygdalectomie, comme, dès 1911, Griffus l'avait conseillé, se basant sur la fréquence des angines chez ces sujets. Dix malades ont été ainsi traités : presque tous avaient auparavant été soumis au traitement médical classique, sans aucun résultat. Le résultat, dans tous ces cas, a été parfait. La guérison a été obtenue dans les jours qui ont suivi l'opération, et elle semble définitive.

CAUSSÉ.

Philip Franck. — Note sur le traitement de l'angine de Vincent (*Laryngoscope*, t. XXXIX, n° 12).

Par le traitement suivant, on peut guérir, d'après l'expérience de Frank sur 37 cas, chaque cas d'angine de Vincent dans 3 ou 4 jours et dans les cas récents même plus vite. Frank enlève tout ce qui couvre l'ulcération et il la badigeonne ensuite avec la teinture d'iode. Ensuite, il badigeonne énergiquement avec la solution arsenicale de Fowler. Le malade prend aussi à l'intérieur, 3 fois par jour, 10 gouttes de cette solution. Des cas ayant résisté pendant 5 ou 6 semaines dans d'autres mains, ayant détruit l'une ou l'autre moitié de l'amygdale, laissant des ulcérations sur le palais, la luette, la muqueuse jugale ont guéri par ce procédé.

LAUTMAN.

BOUCHE

Wolfheim, Willy. — Stomatite aphteuse grave chronique récidivante (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XVIII, p. 464-468, 1929).

L'a. rapporte un cas de stomatite aphteuse suivi pendant 5 ans.

Le sujet présentait, en dehors de petites ulcérations aphteuses typiques, des ulcérations plus étendues, à bords irréguliers, infiltrés, qu'il a vues se développer aux dépens des premières, apparemment à la suite d'infection secondaire par les microbes buccaux. L'affection s'accompagnait d'une salivation abondante et de douleurs assez violentes pour que la mastication et la déglutition soient devenues un supplice. Tous les traitements habituels, y compris l'autovaccin et la radiothérapie, sont restés sans effet. L'ablation d'une amygdale chroniquement infectée du côté droit (c'est-à-dire du côté principalement atteint par l'éruption aphteuse) restera également sans effet. Réaction de Bordet-Wassermann négative. Traitement d'épreuve inefficace. L'anesthésie du ganglion, sphéno-palatin du côté atteint n'amena qu'une sédation passagère des douleurs. La cure d'expulsion d'un botryocéphale, dont la présence s'était manifestée en cours d'observation, amena une disparition des troubles pendant 6 mois, mais lors de la récurrence de la stomatite, l'examen le plus minutieux ne permit pas de constater à nouveau la présence du parasite.

En résumé, W. a envisagé et éliminé successivement tous les facteurs étiologiques qui jusqu'à présent ont été mis en avant, et épuisé toutes les possibilités thérapeutiques. Un seul traitement lui a permis de soulager ce malade, c'est la cautérisation des aphtes dès leur apparition à l'aide du galvano-cautère. Pendant 2 ans, le malade s'est présenté chaque fois qu'une nouvelle aphte apparaissait, et a ainsi pu être préservé des accidents ulcéreux qu'il avait présentés auparavant.

A. KLOTZ.

LARYNX

Spless, Alexander. — Sur un gangliome du larynx (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XIX, p. 1-20, 1929).

Les ganglioneuromes sont une variété de tumeurs assez rare ; on en a publié en tout 40 à 50 observations. Ce sont des tumeurs qui ont le plus souvent un aspect clinique bénin, n'ayant pas de caractères macroscopiques très particuliers, sauf une tendance aux hémorragies. Ces tumeurs sont constituées microscopiquement par des cellules ganglionnaires, des fibres nerveuses et du tissu conjonctif.

Au point de vue de la localisation de ces tumeurs, il faut distinguer 3 groupes :

- 1° Les ganglioneuromes du système sympathique ;
- 2° Les ganglioneuromes du système nerveux central ;
- 3° Ceux qui sont en rapport avec les nerfs cérébro-spinaux ou des ganglions.

S. fait l'étude bibliographique de ces 3 groupes.

Les tumeurs du système nerveux périphérique posent un problème assez difficile à résoudre lorsqu'elles sont développées loin de toute formation ganglionnaire périphérique ; leur genèse peut cependant s'expliquer d'après des recherches de Nadine Ott, S. Mayer et Kohn, qui ont mis en évidence des groupes de cellules ganglionnaires dans le trajet périphérique de tous les nerfs cérébro-spinaux.

La plupart des observations publiées concerne des tumeurs bénignes dans le sens strict de ce mot, vu qu'elles sont caractérisées par l'absence de croissance infiltrante et destructrice, de récidives, de métastases et de cachexie. On n'a décrit que 4 cas de ganglioneuromes malins dans la bibliographie.

S. énumère ensuite ceux des cas publiés qui sont localisés dans le domaine oto-rhino-laryngologique, un ganglioneurome du nez et sept du cou. L'observation personnelle de S. concerne une localisation non encore décrite à l'intérieur de la cavité laryngée :

Homme de 31 ans. Depuis 2 ans, toux et légère expectoration, enrouement progressif. Depuis un an gêne, respiratoire et sensation de corps étranger. Objectivement : Tumeur de forme sphérique dans la sous-glote, à surface lisse, présentant un dessin vasculaire à sa surface, saignant facilement lorsqu'on la touche.

Opération : par voie externe à cause du danger d'hémorragie. Après laryngofissure, on enlève une tumeur assez lisse, du volume d'une grosse noisette, insérée tout près de la corde vocale dans l'hémilarynx gauche tout près de la commissure antérieure, par un pédicule grêle. Ablation à l'anse, hémorragie assez forte. Canule et tamponnement. Guérison sans incidents. 2 ans après, le larynx et la trachée ont un aspect absolument normal.

Bien entendu, on n'avait pas pensé du tout cliniquement à cette variété de tumeur. Elle ressemblait le plus à un fibrome ou à un goître intratrachéal.

La tumeur, d'une dureté moyenne, était recouverte dans sa totalité d'une muqueuse normale. On n'a pu trouver nulle part un filet nerveux entrant dans la tumeur. A la coupe, elle est de couleur jaune grisâtre avec des lots de coloration jaune marbrée peu distincts.

Microscopiquement, la tumeur est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié. Au niveau des îlots de coloration différente, il existe des volumineuses cellules en grande quantité, groupées le plus souvent en amas, de forme arrondie ou anguleuse, qui sont des cellules ganglionnaires. Dans les grosses cellules, les colorations spéciales mettent en évidence des corpuscules de Nissl. Ces cellules ne présentent pas de prolongements. Elles possèdent, soit un noyau unique, soit au contraire plusieurs (jusqu'à 16). Ces cellules géantes ne ressemblent plus à des cellules ganglionnaires. Beaucoup de cellules présentent des processus dégénératifs : absence des corps de Nissl, diminution de la colorabilité ; dans certaines cellules tout le contenu cellulaire est devenu une masse non colorable, entièrement homogène. Ça et là, dégénérescence vacuolaire. Pas de figure de division cellulaire. Là où il y a de la place entre les cellules il y a un tissu fibreux qui ne présente rien de caractéristique. Ce tissu, assez riche en cellules, forme tout le reste de la tumeur ; il contient des cellules ganglionnaires isolées. Petits amas lymphocytaires. Absence totale de fibres nerveuses. On peut donc parler d'un gangliome pur.

Malgré l'aspect histologique malin, la tumeur était cliniquement bénigne, et est restée 2 ans sans récidiver.

Le point de départ de la tumeur ne peut pas être indiqué avec précision. On peut penser soit à un rameau du nerf laryngé supérieur, soit à des fibres sympathiques. soit à une origine dysembryoplasique.

A. KLOTZ.

Zisenis. — Ulcérations par décubitus du larynx et du pharynx
(Z. Hals usw. Heilk., t. XXIII, n° 5).

Des affections considérées comme rares peuvent n'être que des affections méconnues. C'est la raison pour laquelle les ulcérations par décubitus du larynx et du pharynx sont considérées comme rares en dehors de la fièvre typhoïde. Dans l'espace d'un an, Zisenis a observé dans le service de Lange, 3 cas dont l'observation, même résumée, est très instructive. Un homme de 60 ans qui souffrait depuis quelque temps de douleurs de déglutition, essaye de se suicider par strangulation. Sauvé à temps, il est transporté dans le service de Lange. Il existe une inspiration stridoreuse. Région de l'aryténoïde tuméfiée. Cette tuméfaction s'étend sur les 2 bandes ventriculaires. Trachéotomie d'urgence. Mort le 3^e jour de broncho-pneumonie. Autopsie. Broncho-pneumonie, tuberculose pulmonaire cicatrisée, artério-sclérose. Sur la paroi postérieure du cartilage cricoïde petite ulcération laissant la plaque du cartilage cricoïde dénudée dans la grosseur d'une lentille. Face à cette ulcération, se trouve une autre un peu plus petite sur la paroi pharyngée.

Dans l'observation 2, il s'agit d'un vieillard de 72 ans, envoyé à la clinique avec le diagnostic de tumeur de l'hypo-pharynx. Depuis 5 semaines il se plaint de raucité de la voix et de dysphagie. Accès de suffocation depuis quelques heures. Mauvais état général. Cyphoscoliose de la colonne vertébrale compensée par une lordose de la colonne cervicale. A la paroi postérieure du pharynx, à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction couvrant la partie gauche de larynx. Le diagnostic de tumeur de l'hypopharynx, quoique incertain, est maintenu. Pas d'endoscopie. Trachéotomie, broncho-pneumonie mortelle. A l'autopsie, artérios-clérose, pyélite, pneumonie. Sur la partie supérieure de la plaque du cartilage cricoïde, un peu à gauche, une ulcération de 1 cm. de diamètre, laissant à nu le cartilage cricoïde ossifié. Face à cette ulcération une autre ulcération de la même dimension sur la paroi postérieure du pharynx.

Homme de 80 ans atteint de dyspnée depuis 3 mois. Cyphose de la colonne vertébrale, lordose compensatrice de la colonne cervicale. Dyspnée, cyanose. Région de l'aryténoïde droite oedématisée, cordes vocales rouges, épaisses. Le cou est maintenu raide comme dans une méningite. Le malade se plaint de douleurs dans la région du cou. Trachéotomie. Mort par broncho-pneumonie, le 15^e jour. Autopsie : pneumonie, tuberculose, artério-sclérose. Dans la région de la plaque du cartilage cricoïde, ulcération laissant à nu une partie du cartilage séquestré. Face à cette ulcération une autre de la paroi postérieure du pharynx. La région de l'aryténoïde droit et du sinus piriforme siège d'un oedème.

A l'aide de ces 3 observations, on peut décrire ces ulcérations par décubitus de la façon suivante. Nous voyons qu'il s'agit d'individus d'un certain âge artério-scléreux. Dans ces cas, le poids du larynx, surtout ossifié, suffit pour provoquer une ulcération par décubitus, surtout, comme dans les deux derniers cas, quand il existe une lordose très prononcée de la colonne cervicale. Chez le 2^e malade, on a même pris cette lordose pour une tumeur de l'hypopharynx. L'examen histologique que Zisenis a fait dans les 3 cas montre qu'il s'agit d'une nécrose qui n'a aucun caractère spécifique. La nécrose débute naturellement par les parties superficielles de la muqueuse ; de là, elle peut gagner le péri-chondrium où elle progresse lentement sur le cartilage ou plus rapidement si le cartilage est ossifié. Elle peut se compliquer d'abcès ou de séquestre surtout du cartilage ossifié. Il peut se développer ainsi des cas cliniquement difficiles à reconnaître. La guérison peut s'obtenir dans toutes les périodes.

Le diagnostic de ces ulcérations n'est pas facile. Du reste dans aucun cas Z. n'a fait ce diagnostic *intra vitam*. Il nous semble qu'il ne faudrait pas hésiter à faire dans ces cas, un examen endoscopique qui seul permettra d'inspecter la paroi postérieure du cartilage cricoïde. Il faut aussi s'aider par les rayons X qui feront reconnaître l'ossification du carti-

lage, l'existence d'une exostose sur les vertèbres et la déformation lordotique de la colonne vertébrale. Enfin, il faudra surtout songer à la possibilité de cette affection chez tous les vieillards. Quant aux renseignements fournis par les anamnétiques, ils sont décevants : tantôt le malade accusera des douleurs vagues à la déglutition, tantôt il accusera des symptômes respiratoires.

LAUT AN.

Glans, Haus. — Complications phlegmoneuses d'états inflammatoires dans les voies respiratoires supérieures (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XVIII, p. 337-339, 1929).

L'auteur rapporte deux observations et pièces d'autopsie :

1^{er} cas : Grippe et angine 6 semaines avant. Après avoir été complètement guéri, 3 jours avant l'entrée, subitement de violentes douleurs à la déglutition et à la pression sur le larynx, s'accompagnant de fièvre, de mauvais état général et de légère dyspnée. La ieille, hématémèse. Admission dans un service de médecine, où on constate une infiltration au niveau du cou, douloureuse à la pression. Mort rapide avec symptômes de septicémie. A l'autopsie, il y a un phlegmon en partie gangréneux s'étendant, entre la trachée et l'œsophage, du larynx jusqu'à l'estomac, et ayant perforé dans l'estomac. L'hémilarynx gauche est enflammé, et présente des ulcérations dans la région aryénoïdienne et sur le repli ary-épiglottique. L'estomac lui-même est fortement enflammé.

2^e cas : l'affection a débuté avec une forte fièvre, un mauvais état général, de la dysphagie, de l'enrouement et de la douleur à la pression sur le larynx. Au laryngoscope œdème du repli ary-épiglottique, des aryénoïdes et de l'épiglotte, sans signes de sténose. Mort rapide en quelques heures par œdème de la glotte.

Ces inflammations aiguës des voies respiratoires, érysipèle, phlegmon ou abcès, ne peuvent pas être distinguées du point de vue de leurs causes, et donnent des aspects cliniques également très semblables. Dans les cas de C., il semble que le larynx ait été le point de départ. L'évolution a été tellement foudroyante qu'aucun traitement n'a pu intervenir. C. insiste surtout sur la nécessité d'une trachéotomie très précoce, l'œdème de la glotte survenant d'une façon extrêmement rapide et inattendue.

Au point de vue laryngoscopique, l'érysipèle est caractérisé par un œdème un peu mou ; lorsque la sous-muqueuse se prend, on a affaire à des états phlegmoneux, qui donnent à la muqueuse un aspect d'infiltration ferme et plastique.

A. Klotz.

BRONCHES

Thacker Neville. — Carcinome de la bronche droite (*The Journal of Laryngology*, t. XLIV, décembre 1929, p. 830-832).

C'est en 1912 que pour la première fois fut reconnue une tumeur maligne des bronches, par Hadler. Le cancer du poumon est primitivement, le plus souvent, un cancer des bronches qui envahit secondairement le parenchyme pulmonaire. Le carcinome primitif du poumon qui dans les statistiques anciennes représentait 1 % des carcinomes primitifs semble en voie d'augmentation, puisque certaines statistiques de Hambourg et Leipzig évaluent maintenant cette proportion à 10 et 15 %. L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 64 ans se plaignant de dyspnée et d'une toux à peu près constante avec expectoration noirâtre, striée de sang. L'examen du larynx et de l'œsophage ayant été négatif, on fit une radio qui montra l'atélectasie du lobe supérieur droit. La bronchoscopie fit

voir une tumeur, mobile avec la respiration à l'entrée de la bronche droite. Après la bronchoscopie le malade expectora un fragment important de la tumeur ; la toux diminua dès lors beaucoup. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de carcinome. Une injection aux deux poumons de lipiodol vint confirmer l'obturation de la bronche droite. Cinquante milligrammes de radium furent à l'aide de la bronchoscopie introduits dans la bronche droite et laissés en place pendant 36 heures. Comme conséquence immédiate, bien visible aux rayons X, on vit se produire une atelectasie de la totalité du poumon droit. Il y eut une grande diminution de la toux. Mais le malade mourut au bout de trois semaines. En résumé : toux, dyspnée, expectoration sanglante avec fièvre, ce sont des signes qui font penser à la tuberculose, jusqu'au moment où est faite l'endoscopie. La malignité de ces tumeurs, considérable suivant beaucoup d'auteurs, ne l'est cependant pas toujours puisque Jaskson a suivi une jeune fille de 24 ans atteinte d'adénocarcinome méconnu depuis 3 ans, et qui 3 ans après un traitement radiothérapique intensif était encore en bon état. Un autre malade de Jackson a survécu 2 ans. Un autre encore était en parfait état 11 ans après traitement. Aussi Jackson estime que ces tumeurs ont une malignité très faible.

CAUSSÉ.

ŒSOPHAGE

E. King. — Perforation de l'œsophage (*Annals of Otolaryngology*, t. XXXVIII, n° 2.

Quand, comme dans le présent mémoire, on trouve que sur 6 cas de perforation de l'œsophage de cause différente, 5 ont guéri par simple expectative et que un seul s'est terminé par la mort, on peut être facilement tenté de méconnaître la gravité du pronostic de cet accident. La perforation de l'œsophage est un accident redoutable et si d'autres observateurs, en dehors de King, ont vu de ces malades échapper à la médiastinite, il ne faut pas oublier que cette complication entraîne presque fatalement la mort si on ne s'y oppose pas par une opération précoce. Déjà, en 1922, Killian a conseillé l'opération si on constate l'emphysème sous-cutané ou une fistule trachéo-œsophagienne, ou une hémorragie grave ou, si fièvre, douleurs et tuméfaction externe augmentent. Peut-être Killian a-t-il trop exagéré car dans les 5 cas guéris par King on trouve des exemples pour chacune des indications mentionnées par Killian, sauf pour la fistule. Cependant Marschik plaide fortement pour la médiastinotomie supérieure dans ces cas, opération qui, au point de vue chirurgical, est une intervention en somme assez simple. Son principal but consiste à barrer le chemin de l'infection vers le médiastin et à permettre un drainage de la partie perforée de l'œsophage. D'une incision faite le long du bord antérieur du sternum, on prépare toute la cavité jusqu'à l'œsophage par séparation de tout le paquet vasculo-nerveux. Une mèche de gaze iodoformée est placée au fond de cette cavité pour barrer le passage dans le médiastin inférieur. Une autre mèche de gaze est passée derrière la glande thyroïde pour protéger le médiastin postérieur. Le champ de la perforation de l'œsophage peut ainsi être drainé librement en dehors.

LAUTMAN.

Harris Mosher. — L'extrémité inférieure de l'œsophage à la naissance et chez l'adulte (*The Journal of Laryngology and Otolaryngology*, mars 1930, n° 3, p. 161-181).

Cet important article, illustré de 73 photographies et microphotographies, est consacré à l'étude anatomique et histologique de l'œsophage inférieur, spécialement chez le

nourrisson. Il est impossible d'en donner un résumé ; voici seulement les conclusions de l'auteur :

« Deux conclusions anatomiques doivent être mises en évidence : 1° L'œsophage présente un coude sur le bord du pilier gauche du diaphragme. Il change alors de direction et se trouve enfoncé entre les piliers jusqu'à ce qu'il atteigne l'estomac. Cette conformation anatomique explique l'image que donne le baryum à ce niveau, et situe la fermeture physiologique au moment de l'inspiration.

2° Une inspiration forcée produit une fermeture plus complète au niveau du coude qui vient d'être décrit. L'extrémité inférieure de l'œsophage remonte ainsi de 1 centimètre environ, et, à l'écran, on a l'impression que cette partie de l'organe vient soudainement d'être amputée. L'auteur avait précédemment soutenu que cette stricture supplémentaire était due à la pression de l'extrémité basale des poumons, remplis d'air à ce moment. Mais l'usage baryté lui a fait modifier son opinion.

Les conclusions cliniques qui découlent des examens anatomiques de l'auteur, sont les suivantes. L'infection prend naissance dans les glandes et envahit les parois œsophagiennes donnant à la naissance une hypertrophie localisée ou généralisée. L'ulcère de l'œsophage se produit soit avant, soit au moment de la naissance. L'infection de la partie terminale de l'œsophage peut amener une soudure entre la partie voisine de l'estomac et l'œsophage ; l'œsophage fait prolopus à l'intérieur de l'estomac. On trouve parfois une segmentation des muscles de l'extrémité inférieure de l'œsophage, rendant sa paroi beaucoup plus faible à ce niveau. L'auteur a vu 25 cas de cardiospasmés dans lesquels on trouvait un repli au niveau des piliers du diaphragme. Il pense que ceci est dû à un état fibreux du tissu conjonctif et des muscles des piliers du diaphragme, conséquence d'une infection de voisinage. La dilatation de cette sténose doit être faite sous l'écran. L'auteur utilise dans ce but un ballon spécial muni d'un manomètre. »

CAUSSÉ.

COU

Linck. — Nouvelle méthode opératoire [pour le traitement du phlegmon du cou (*Z. Hals usw. Heilk.*, t. XXIII, n° 5).

Quoique Linck n'ait exécuté sa méthode opératoire que sur deux cas de phlegmon du cou, consécutifs probablement à des abcès péri-tonsillaires, et dans deux complications après tonsillectomie, les cas où cette opération s'impose sont si rares que Linck se hâte avec la publication pour la faire contrôler à temps au point de vue de son utilité. Ces 4 cas ont rapidement guéri laissant une petite cicatrice extérieure non disgracieuse. Après incision cutanée d'à peu près 5 centimètres, L. prépare son chemin jusqu'au paquet vasculo-nerveux en ouvrant les paquets musculaires les uns après les autres. S'il tombe sur du pus, il le vide en réunissant largement l'ouverture cutanée avec le foyer de suppuration. S'il ne trouve que des ganglions, il les résèque. Il introduit ensuite son doigt dans la bouche du malade dans la région tonsillaire et avec une pince fermée et courbe il déchire tout le tissu qui se trouve entre la pince et le doigt en se frayant un chemin à travers l'amygdale. Il ouvre ensuite la pince pour obtenir une communication aussi large que possible entre la cavité pharyngée et l'incision externe. Il pousse un drain en caoutchouc jusque dans le pharynx et tamponne le reste de la brèche avec de la gaze iodoformée. Si les jours suivants la fièvre n'a pas disparu, L. fait une nouvelle incision cutanée dans la partie la plus profonde, et avec une pince déchire tout le tissu qui se trouve entre cette nouvelle incision et l'ancienne brèche opératoire.

LAUTMAN.

Le Gérant : Bussières.

Imprimerie R. Bussières. — Saint-Amand (Cher). — 5-6-1930.

de

ré-
ion
na-
ure

qui
tre
ent
ire
nt,

les
na-
de
tie
ac
ne
tu-
ou-
ux
on
isé

-

du
ns
te
es
e.
et
oe
u-
la
re
rs
ne
ac
Si
la
re

-

-